Czasopismo Lekarskie

VI. **1904. Kwiecień.** 4.

O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Napisał **Dr. Seweryn Sterling.**

Leczenie gruźlicy płuc stanowi wdzięczne pole działalności lekarskiej, ponieważ w znakomitej większości przypadków jest uwieńczone wynikiem pomyślnym.

Rodzaj ludzki należy do trudno ulegających zakażeniu gruźliczemu, a badania pośmiertne zwłok ludzi zmarłych z najróżnorodniejszych powodów bardzo często wykazują zabliźnione ogniska gruźlicze. Te dwa fakty świadczą o wrodzonej ludzkiemu organizmowi zdolności do zwalczenia zarazka gruźlicy.

Nie wyrwaliśmy dotąd naturze tajemnicy, jakich sposobów używa organizm wychodzący zwycięzko z walki. Znamy jedynie, i to niewszystkie, czynniki pośrednio utrudniające tę walkę. Więc też nasze zabiegi lecznicze mają dziś na celu głównie usuwanie tego wszystkiego, co utrudnia organizmowi rozwinięcie sił obronnych, wszystkiego, co te siły osłabia czasowo lub stale.

Jeśli nazwałem wdzięcznem zadanie lekarza w obec gruźlicy, to miałem na względzie przedewszystkiem (chociaż nie wyłącznie) ten okres choroby, w którym sprawa nie zniszczyła jeszcze zbyt wiele tkanki płucnej i nie zatruła zbyt wyraźnie całego organizmu. Powtóre, wykluczyłem te (na szczęście, niezbyt częste) przypadki, które od samego początku przebiegają złośliwie, wykazując zupełną bezbronność organizmu wobec wroga.

Faktem jest niewątpliwym, że bardzo często leczymy gruźlicę z wynikiem pomyślnym—nie wiedząc o tem wcale; leczymy wtedy jakąś niedokrwistość lub katar oskrzeli, które są skutkami zarażenia gruźliczego.

Takich przypadków miewamy jednak—dzięki postępom dyagnostyki—coraz mniej; coraz częściej jesteśmy świadomi celu, do którego dążymy, zwalczając planowo początki sprawy gruźliczej.

Opracowanie planu leczenia jako całości, usystematyzowanie tych wszystkich zabiegów, jakie dotąd stosowaliśmy doryweczo, wypróbowanie i swierdzenie skuteczności tego systematycznego leczenia—oto postęp w terapii gruźlicy płuc, postęp, któremu już dziś zawdzięcza życie tysiące ludzi.

Lecznictwo dyetetyczno-hygieniczne ujęto w systemat, wyrobiono i wypróbowano w specyalnych lecznicach, w sanatoryach.

Jakkolwiek dalekie od doskonałości, sanatoryjne lecznictwo osiągnęło już tak wiele—w porównaniu z tem, co je poprzedzało, że uznać je musimy w danej chwili za najlepsze i—gdzie można—naśladować.

Zasady sanatoryjnego leczenia chorych można często stosować i w szpitalu i w domu prywatnym. Ponieważ zaś niema dotąd w języku polskim opisu monograficznego metody leczenia suchot płucnych w szpitalu i w domu, uważam za pożyteczne podzielić się z kolegami mojem w tym kierunku doświadczeniem.

Leczenie ogólne.

Gruźlica płuc nie jest chorobą organu, jeno chorobą organizmu.

I

W przebiegu gruźlicy płuc powstają swoiste zaburzenia biochemiczne, polegające na szybkiem spalaniu się nieorganizowanej tkanki tłuszczowej i—co ważniejsza—na przewadze dezasymilacyi nad asymilacyą w tkankach organizowanych, w komórce; wyrazem klinicznym tej sprawy jest kacheksya suchotników.

W celu odbudowy zniszczonych komórek, wzmocnienia tkanek w swej żywotności osłabionych, nagromadzenia energii potencyalnej, jako źródła obrony w walce z zarazkiem, stosujemy przedewszystkiem leczenie dyetetyczne.

Samo dostarczenie pożywienia chorym nie wyczerpuje zadań leczenia dyetetycznego.

Organizm przez chorobę niszczony musi potrójny użytek z materyi pokarmowych czyniony rozklasyfikować inaczej, aniżeli organizm zdrowy, którego przemiana materyi jest zrównoważona.

W organizmie chorego na gruźlicę więcej się spala bezzwłocznie, mniej się zaoszczędza w postaci tłuszczu, mało z przyswojonych materyi pokarmowych idzie na odbudowanie zniszczonych komórek tkankowych.

Swoiste piętno na leczniczej dyecie gruźliczych kładzie właśnie konieczność poświęcenia wielkiej ilości materyi pokarmowych na cel ostatnio wymieniony; należy odbudować komórki zniszczone—kosztem ograniczenia (przez metodę oszczędzającą) materyi bezzwłocznie spalanych i przez zwiększony dowóz materyi pokarmowych wogóle. Ażeby jednak do tej odbudowy doszło, należy za pomocą umyślnie stosowanych podniet pobudzić funkcye odżywcze komórek tkankowych, t. j. zwiększyć ich zdolność do organizowania białka. Gromadzenie tłuszczu oddaje, niewątpliwie, poważne usługi: tłuszcz jest rezerwoarem na czas zwiększonego spalania (gorączka, praca), jest też—w pewnych granicach—ważnym czynnikiem regulującym ciepło ustrojowe. Ale celem kuracyi dyetetycznej niech będzie nie zwiększenie absolutnej wagi ciała, co się łatwo osiąga przez otłuszczenie, tylko zwiększenie jego wagi gatunkowej, zależnej od przyrostu organizowanej tkanki, od rozmnożenia się komórek tkankowych.

Ma więc lekarz trzy zadania do spełnienia, chcąc przez odżywianie walczyć z gruźlicą; musi się—mianowicie—starać: 1-o by chory jadł obficie; 2-o by jadł właściwie, a potrawy spożyte trawił; 3-o by komórki tkankowe asymilowały białko krążące we krwi.

Przepisując choremu dyetę, lekarz musi zacząć od dokładnego wypytania chorego o to, co i jak do obecnej chwili jada. Do tych przyzwyczajeń chorego zastosować musimy nasze, nawet najsurowsze, przepisy; wtedy ogólnik o „indywidualizowaniu" leczenia staje się faktem realnym.

Lekarz musi wpoić w chorego wiarę w doniosłość kuracyi dyetetycznej. Uczyni to właśnie najwięcej przekonywająco, jeśli sprawie odżywiania poświęci o wiele więcej czasu i słów, aniżeli zaleceniom środków aptecznych; jeśli wejdzie w szczegóły dyety, w szczegóły kuchni; jeśli to powtórzy przy każdej wizycie, a cierpliwie będzie słuchał szczegółów tyczących się tolerancyi chorego dla przepisanej dyety; jeśli również troskliwie będzie—objektywnie i subjektywnie — badał, przy każdej wizycie, jego narządy trawienia, jak narządy oddychania; jeśli, wreszcie, ureguluje — specyalnym przepisem—sposób żywienia aż do najdrobniejszych szczegółów, usystematyzuje karmienie chorego podług planu, o którego szczegółach niżej będzie mowa.

W oddziale szpitalnym tacy chorzy chroniczni niewiele kłopotu sprawiają podczas wizyty; wszak bada się ich co pewien czas, chyba że jakieś niezwykłe zakłócenie się zdarzy. Co dzień natomiast każdego chorego wypytywać należy o to, czy zjadł wszystko, czy miałby chęć na więcej, dla czego niezjadł całej racyi i t. p. Służba szpitalna musi codzień zdawać relacyę ordynatorowi o tem, czy chory nie odmówił spożycia jakiejś potrawy, a lekarz w każdym przypadku powinien o tem z chorym pomówić. Dzięki temu rodzi się na oddziale taka atmosfera, że chorzy do śniadania, do obiadu, do kolacyi zasiadają jak do aktu ważnego, od którego zależy ich powrót do zdrowia.

Żywienie chorych na gruźlicę płuc jest zadaniem niewątpliwie trudnem, jeśli chory niema łaknienia. Śród chorych zamożniejszych znaleźć możemy takich, którzy jeszcze przed udaniem się do lekarza, byli — z powodu osłabienia i zmizerowania—obficie karmieni i przekarmiani; pacyenci szpitalni są raczej chronicznie niedokarmieni, więc z rozszerzeniem żołądka nie potrzebujemy się tu liczyć. Natomiast znajdziemy tu wielu, którzy albo oddawna nadużywali alkoholu, albo ostatnio—przeciw brakowi łaknienia—pomagali sobie środkami „na apetyt", t. j. różnymi alkoholami, mającemi pozór leków lub też zwykłych „wódeczek" przed jedzeniem. Gorszą kategoryę stanowią chorzy, którzy wogóle nie umieli nigdy porządnie jeść; wreszcie—chorzy z toksyczną dyspepsyą, sprawą częstą w przebiegu gruźlicy, której nieraz stanowi pierwszy objaw, (o czem częściej pamiętać powinni koledzy specyaliści chorób żołądkowych, do nich bowiem nieraz udaje się przedewszystkiem chory w początkach gruźlicy).

Rozpoczynając leczenie chorego w szpitalu i przekonawszy się o braku łaknienia, który nie zależy od wysokiej gorączki lub od chwilowej dyspepsyi (żołądkowej lub kiszkowej), zalecam bardzo skromną dyetę; nic bowiem niewłaściwszego, jak takiego chorego od pierwszego zaraz dnia zmuszać do spoży-

wania porcyi obliczonej na przekarmianie. Czasem przepisuję w pierwszych dniach wprost dyetę t. zw. ścisłą, tylko przez 1--2 dni. W obu przypadkach chorzy przez cały czas próbowania ich zdolności trawienia pozostają w łóżku. Powoli, stopniowo zwiększam racyę dzienną, a przy pomocy czynników fizykalnych, o których potem obszerniej będzie mowa, t. j. przy pomocy głównie stałego przebywania na powietrzu i lekkich zabiegów hydropatycznych, zawsze dochodzę do tego, że nasi chorzy spożywają całą przepisaną racyę dzienną; gdyż ręka w rękę z poprawą upośledzonego odżywiania ogólnego ustępują te przyczyny, od których zależy brak łaknienia większości gruźliczych.

Ze środków fizykalnych, służących do poprawy łaknienia, wskazać należy na przepłukiwanie żołądka—w przypadkach rzadkich potrzebne i pomocne; okład rozgrzewający na okolicę żołądka; faradyzacyę żołądka (działanie suggestyjne?).

Ze środków farmaceutycznych najlepsze usługi oddaje mi Orexinum tannicum, po 30 do 40 ctgr. w opłatku na pół godziny przed obiadem i przed kolacyą; jeśli brak łaknienia nie zależy od organicznego cierpienia narządów trawiennych, natenczas po paru dniach łaknienie się poprawia i to na długo, jakkolwiek ten środek podaję najwyżej przez 10 dni, powtarzając go ewent. znów—w razie potrzeby—chyba po paru tygodniach. Proszek każę zapić pół szklanką ciepłej herbaty, bez cukru. Z innych środków, w tym celu używanych, zalecają jeszcze Tr. chinae comp.--per se lub z Tr. aromatica po 25 do 30 kropel trzy razy dz. przed jedzeniem; czasem dobre usługi oddaje Extr. Condurango fluidum po 20 do 50 kropel; roztwór kwasu solnego, sam lub z pepsyną.

Jeśli spostrzeżemy wyraźną odrazę do pewnego pokarmu—musimy się go wyrzec, na zawsze lub na jakiś czas; lepsze to, aniżeli wmuszanie chorym takich potraw, z których mają wątpliwy pożytek, ponieważ z nich niewiele trawią. Najlepsza w takim razie polityka, to zupełnie zaniechać podawania danej potrawy, a dopiero uczynić z nią znów próbę po paru tygodniach, lub później.

Niezmiernie ważną rolę w usiłowaniach zwiększenia łaknienia grają przyprawy, tak po macoszemu traktowane w naszych szpitalach, gdzie do jednostajności potraw dołącza się zupełne zaniedbanie przypraw. A jednak, nawet w szpitalach, nie tak znów trudno o jakiś sos, o trochę chrzanu, ćwikły, musztardy, o plasterek cytryny do kotleta cielęcego i t. p.

Smakowitości potraw i ich urozmaicenie grają rolę w żywieniu wszystkich chorych, t. j. i tych, którzy mają dobre łaknienie. W pożywieniu ludzi ubogich bardzo mało na tę sprawę uwagi się zwraca: zgłodniali, po pracy za dostateczną przyprawę swój głód mają. Ale chory tej sfery w szpitalu jeść nie chce, bo mu pokarm mdły a różny od zwyczajnego niesmakuje. Nasze szpitale nie tylko z powodu szczupłych środków dają pożywienie niesmaczne i jednostajne; wielką rolę gra tu obojętność ordynatorów, niemniejszą rolę przypisać należy brakowi zupełnemu służby kuchennej, któraby umiała gotować, a chciała służyć w szpitalu.

Ze swego doświadczenia mogę powiedzieć, że z chwilą, gdy ordynator okazuje zainteresowanie dobrocią pokarmów—kuchnia też się poprawia. Trzeba—od czasu do czasu—spróbować i mleka, i obiadu, i kolacyi; sprawdzić, czy potrawy są przynószone z kuchni nie zastygłe; trzeba się pofatygować za każdem spostrzeżonem uchybieniem do kuchni, by wspólnie z gospodynią i kucharką zastanowić się nad przyczynami braków w pokarmach, a pewien wynik dla chorych pomyślny w każdym szpitalu się osiągnie.

Niemałą też rolę w umożliwieniu choremu spożycia przepisanej porcyi gra rozłożenie tego obowiązku na 14 do 16 godzin doby.

Nienormalny zwyczaj nauczył bardzo wielu z nas tego, że jadamy posilnie dwa razy na dobę: obiad o 1-ej i kolacyę o 7-ej (lub: śniadanie o 1-ej, obiad o 7-ej), więc dwie posilne biesiady spożywamy w ciągu 6 godzin doby, zadawalniając się „herbatką" przez pozostałe godzin 18-cie. A chory w rodzinie stosuje się do tego. Taki podział biesiad niepozwala mu zjeść tego, co mu się należy. Musimy więc kazać jeść w ciągu 14 do 16 godzin doby, t. j. od jakiej 7 rano do 10 wieczór; chorym, którzy źle sypiają, i w nocy zalecić należy spożycie jakiegoś posiłku.

Będzie dalej mowa o dawkowaniu ruchu i odpoczynku chorym na gruźlicę. Tu wspomnę tylko o szczególe, który może wpłynąć na łaknienie. Należy, mianowicie, zalecić chorym, którzy chodzili, by przed samym obiadem (i kolacyą) przez jakieś pół godziny spokojnie leżeli; chorym zaś, którzy czas spędzają na leżeniu, zalecić, by przed samym obiadem (i kolacyą) przez 15 do 30 minut używali ruchu

(o ile nie leżą w łóżku lub też mają zupełnie ruch zakazany).

Racya dzienna chorego ną gruźlicę nie przedstawia nic swoistego; zachowujemy w niej ten stosunek pierwiastków pokarmowych, jaki podaje hygiena dla ludzi zdrowych i silnych; nie należy w niej dawać pierwszeństwa żadnemu z trzech pierwiastków pokarmowych, jakimi są: białkany, tłuszcze, wodany węgla. Istotą bowiem terapii dyetetycznej jest raczej systematyczność i plan w żywieniu, nie zaś chęć wyszukanego jakiegoś, swoistego żywienia chorych.

Ilość pierwiastków pokarmowych, jakie ma spożywać w ciągu doby chory dobrze trawiący, powinna zawierać — mniej więcej—45 cieplostek na każde kilo wagi chorego, czyli około 2,700 ciepłostek dla chorego ważącego 60 kilogramów. Z tej ilości 0,2 pochodzić ma z białkanów, których wtedy potrzeba 100—140 gramów (około 410 do 570 ciepł.); 0,5 z tłuszczów, których damy jakieś 150 gramów (około 1,400 ciepł.) i 0,3 z wodanów węgla (około 700 do 1000 ciepł.). Te stosunki ulegają bardzo dużym wahaniom w zależności od środków materyalnych chorego (i szpitala) i w zależności od jego przyzwyczajeń. Tak np., wyżej wskazana ilość białka, jeżeli ma być pokryta głównie przez pokarm pochodzenia zwierzęcego — jest racyą kosztowną; wysokie zaś ilości tłuszczu będą chętnie spożyte przez ludność pracującą fizycznie, natomiast np. żydzi takim ilościom tłuszczu nie podołają.

Staramy się dawać pożywienie, którego ogólna waga niezbyt obciąża narządy trawienia, pożywienie skoncentrowane; za daleko jednak i w tem dążeniu zajść nie należy; niewolno np. z tego powodu ograniczać wodanów węgla, chyba w przypadkach niestrawności, o czem będzie mowa dalej.

Jeżeli chcemy określić jaknajprościej, co jeść powinien chory szpitalny, to powiemy, że codziennie powinien jadać to i tyle, co jada w święta inteligentny i dobrze się mający osobnik tej sfery, z której chory pochodzi. Racya dzienna zdrowego człowieka pracującego fizycznie jest dla chorego na gruźlicę, niepracującego, dyetą tuczącą.

Gwałtowne przekarmianie chorych, pchanie w nich per fas et nefas, ile się da, należy już do historyi; osiągano przy tej metodzie, i przy tolerancyi chorych, łatwo przemijający przyrost tłuszczu, ale też i stałe przemęczenie narządów trawienia, rozszerzenie żołądka, lub—co gorsza—otłuszczenie serca.

Jako przykład (ale *tylko* jako przykład) karmienia chorych szpitalnych, przytoczę dyetę stosowaną na moim oddziele szpitalnym:

O gdz. 7 rano: Szklanka mleka.
„ 8 „ Szklanka kawy dobrze mlecznej (lub kakao) i dwie bułki z masłem.
O gdz. 10$^1/_2$ r.: Dwa jajka. Szklanka mleka.
O gdz. 1 pop. Obiad: zupa, sztuka mięsa ($^1/_2$ f.), pieczyste ($^1/_2$ f.), jarzyna lub kompot. Chleb.
O gdz. 4$^1/_2$ pop. Szklanka mleka (lub kefiru). Chleb lub bułka z masłem.
O gdz. 7 wieczór. Kolacya: pieczyste lub wędlina. Bułka lub chleb.
O gdz. 9 wieczór. Szklanka mleka.

Taką porcyę otrzymuje chory dobrze trawiący, nawet przy gorączce. Podczas krwotoków, dyspepsyi, przy wielkiej anoreksyi—karmi się chorych podług innego schematu, do którego jednak bardzo często są wprowadzane zmiany:

O gdz. 7 rano: Szklanka mleka.
„ 8 „ Kleik (bułka) albo kakao.
„ 10 „ 2 jajka. Szklanka mleka.
„ 12 w poł. Szklanka mleka.
„ 1 popoł. Zupa (sztuka mięsa).
„ 3 „ Szklanka mleka.
„ 5 „ Jedno lub dwa jajka.
„ 7 wiecz. Kleik (bułka).
„ 9 „ Szklanka mleka.

Dając choremu, leczącemu się w domu, szczegółowy jadłopis na cały dzień, należy jeszcze dodać kilka uwag, które stanowią składową część leczenia dyetetycznego.

A więc każdy przepis dyetetyczny zaczynam od następujących, wielkiemi literami wypisanych, słów:

Jeść wolno! Żuć i gryźć długo!

Pić małymi łykami. Myć usta po każdem jedzeniu! Myć ręce przed każdem jedzeniem!

Znaczenie tych lakonicznych imperatywów wyjaśniam kilku słowy, tłumacząc, jak dalece ułatwiamy pracę żołądka przez powolne jedzenie i dobre żucie; jak ważną jest dla łaknienia i trawienia czystość jamy ustnej, w której resztki pokarmów tak łatwo gniją; ile na brudnych rękach jest bakteryi i—jak dalece zanieczyszczone są ręce „myte dopiero przed godziną“.

Następnie zwracam uwagę na konieczność uregulowania stolca; zabraniam spo-

żywania leków przed jedzeniem, bo ich smak przykry czasem odbiera apetyt; każę po obiedzie, co najmniej pół godziny, poleżeć; wreszcie, jeśli ze słów chorego dowiedziałem się o jakich złych jego w dziedzinie żywienia przyzwyczajeniach, staram się go przekonać o tem.

O ile mam możność dania instrukcyi osobie, która chorego w domu pielęgnuje, pouczam ją, by ściśle przestrzegała godzin posiłku, w przepisie podanych, by w przerwach między tymi terminami nic choremu nie dawała (szczególniej słodyczy), by przesadzoną troskliwością, nieustannem nagabywaniem, nie nudziła go; by starała się pomysłowością w odmianie potraw, ich apetycznością, zapachem, a nawet wyglądem — zachęcić chorego do jedzenia; niech w tym kierunku, a nie tylko za pomocą słownej zachęty (tego monotonnego i tak drażniącego: jedz a jedz!), sprzyja naszym usiłowaniom.

Apetyczna, czysta zastawa stołowa nie jest w zwyczaju naszej, tak mało ochędożnej, ludności. W moim oddziele szpitalnym chorzy zasiadają do stołu zasłanego obrusem, mają dostateczną ilość talerzy na zmianę, mają serwetki do ust (każdy swoją, w kopercie płóciennej schowaną), porządne sztućce, kubki i miseczki do płókania ust i t. d. W izbie ludzi ubogich niechże przynajmniej stół wytrą przed podaniem obiadu, niech zdejmą ze stołu wszystkie niepotrzebne graty i szmaty, niech talerze i sztućce będą czyste. Takie drobiazgi nie tylko czynią spożywanie pożywienia przyjemniejszem, nie tylko czynią biesiadę apetyczniejszą, ale i pośrednio służą naszym celom; z talerza stojącego gdzieś na brzegu brudnego stołu, zarzuconego rupieciami, je się prędko, „byle zbyć“; do takiego jedzenia się nie zasiada, zbywa się je jako coś koniecznego, ale nie zbyt ważnego. Przeciwnie,— przy jakiej takiej zastawie stołowej obiad czy kolacya trwają dłużej, odbywają się powolniej i nadają cechę pewnej wagi całemu aktowi spożywania pożywienia—rzecz dla naszych chorych bezwarunkowo ważna.

Co się tyczy oddzielnych pokarmów, grających ważniejszą rolę w odżywianiu chorych na gruźlicę płuc, to należy o nich powiedzieć parę słów, które tylko dopełnią wiadomości zawarte w ogólnych podręcznikach hygieny.

Mleko stanowi niczem niedające się zastąpić pożywienie w bardzo wielu stanach chorobowych, do których wszakże nienależy gruźlica płuc przebiegająca bez gorączki u osobnika dobrze trawiącego. Żądając od pożywienia dla chorych na gruźlicę, by było skoncentrowane, już tem samem wyznaczamy mleku drugorzędną rolę; bo $^9/_{10}$ (894,2 na 1000) mleka stanowi woda. Chcąc pokryć potrzeby organizmu mlekiem, trzeba go spożyć przeszło cztery kwarty (1 kw. daje 690 ciepłostek)! Mleko jest pożywieniem mdłem, nie zawiera składników podniecających, smakowitych, co się odbija na jego strawności. Że zaś mleko nie posiada *żadnych* własności *swoistych* przy leczeniu gruźlicy — o tem chyba nie warto mówić.

Jako zasadę więc przy żywieniu większości chorych na gruźlicę płuc, dobrze trawiących, przyjąć należy, że mleko zalecać należy *jako dodatek* do obfitego i posilnego pożywienia; więc po drugiem śniadaniu, po obiedzie, po kolacyi—każmy się napić po szklance mleka; wogóle zaś w ciągu dnia nie powinni tacy chorzy wypić więcej niż 1—$1^1/_4$ kwarty.

Chorych, którzy zupełnie nie znoszą mleka, gwałtem do niego przymuszać nie należy; każdemu jednak trzeba tłumaczyć, że jest to pokarm przy leczeniu, mającem na celu wzmocnienie organizmu—bardzo pożyteczny. Jeśli chory nie znosi smaku mleka, niech doda trochę lekkiej kawy, herbaty, łyżeczkę koniaku, niech je spożywa w postaci zup mlecznych, które zaprawić można cynamonem, goździkami, zapachem wanilii i t. p., dodając też do nich kaszki, ryżu, kluseczek i t. d. Należy spróbować—w celu urozmaicenia smaku mleka—dodawania do niego niewielkich ilości piwa. Wartość odżywczą podnosi rozbicie żółtka w mleku, dodanie doń cukru. Jeśli mleko sprawia rozwolnienie, dodajemy do niego kawę żołędziową, wapienną wodę (1—2 łyżki na szklankę), gotujemy na niem czekoladę, kakao. Jeśli sprawia zaparcie—dodajemy sól, śmietankę, wodę selcerską.

Chorym, którym się mleko uprzykrzyło, należy pozwolić na jakiś czas *zupełnie* odstawić ten pokarm, na tydzień, dwa a nawet dłużej, a po tym czasie ponownie je zalecić; zacząć od małych ilości i stopniowo je powiększać. Lepszy to system, aniżeli kiedy, jak to się zwykle dzieje—całe otoczenie chorego (nie wyłączając lekarza) stereotypowem napędzaniem nuży chorego, a wszystkie dolegliwości czyni od tego zależnemi, że „chory za mało pije mleka!“

Tę złą stronę mleka, że jest ono w stosunku do swej objętości za mało skoncentrowanem, próbowano usunąć przez

zgęszczanie. W tym celu do rondla z wodą wstawiano naczynie z mlekiem i stawiano na parę godzin na ogień. Ale nie wszystkim takie mleko smakuje. Lepszy podobno przetwór tego rodzaju stanowi mleko zgęszczone Jaworskiego, ale nie mam żadnego doświadczenia w tym kierunku. Polecić natomiast mogę, i to bardzo, dodawanie śmietanki do mleka; dzięki temu dodatkowi staje się ono—w stosunku do objętości—o wiele pożywniejszem.

Śmietanka stanowi tę pochodną mleka, która wogóle grać może dużą rolę przy odżywianiu chorych na gruźlicę; dajemy ją albo czystą, albo z mlekiem, albo też z lekką kawą, herbatą. Kwarta śmietanki ma wartość 2400 ciepłostek. Więc, gdy szklanka (210 ctm.) mleka=145 ciepł., szklanka kawy (lub herbaty) ze śmietanką (50 ctm.) i cukrem (2 kawałki)=160 ciepłostkom; a przecież wielu chorych napije się chętniej herbaty ze śmietanką, aniżeli mleka.

Z innych przetworów mleka polecić można mleko kwaśne i kefir.

O ile chorzy lubią i znoszą kwaśne mleko, można je zalecić, np. na podwieczorek lub kolacyę. Kefir dzięki odświeżającemu i kwaskowemu smakowi jest bardzo pożądaną odmianą w dyecie. Jak się przekonałem, można łatwo nauczyć służbę szpitalną przygotowywania tego napoju; używam go w moim oddziale szpitalnym, dając go chorym na podwieczorek; czynię to jednak tylko w zimie, ponieważ mi się w lecie zbyt często psuł. Pamiętać należy, zalecając kefir, kazać go przechowywać w zimnem miejscu, ale przed spożyciem potrzymać w pokoju przez jaką godzinę, albo wlać do gorącej szklanki, t. j. niepozwolić pijać zbyt zimnego kefiru.

Rzadko używane mleko kozie zalecać można nieraz chorym ubogim, na surowo, ponieważ kozy prawie że nie chorują wcale na gruźlicę.

Zarówno mleko, jak i śmietankę, kwaśne mleko, kefir należy pijać małymi łykami, nigdy „duszkiem“; dobrze jest przegryzać je kawałkiem chleba lub bułki.

Pożywieniem posilnem, na które zwracam uwagę dobrze trawiącym chorym, jest ser, głównie ser krowi, byle niezbyt młody, bo ten zawiera za dużo wody.

Jeśli chorzy lubią i znoszą maślankę, można na nią pozwolić, chociaż jej wartość odżywcza jest mała; szklanka maślanki daje 80 ciepłostek.

Serwatka ma wartość odżywczą jeszcze mniejszą (1 szklanka=60 ciepł.). Zaecać ją można chorym, którzy w nią wierzą, po szklance do dwu na czczo; jest to środek lekko przeczyszczający i sprzyjający rozrzedzeniu plwociny.

W wyborze mięsa i potraw mięsnych pozostawić można choremu wolność; zupełnie ubogim przypomnieć trzeba, że mięso powinno być niezbędną częścią składową ich pożywienia; zamożniejszych zaś ostrzegać należy, że wcale niepotrzeba karmić się ani wyłącznie, ani przeważnie mięsem. Wykorzeniać też należy przesąd o pożywności rosołu, którym często chcą „odżywiać“ chorych.

Jeśli chory niechętnie jada mięso, pamiętać należy o poleceniu mięsa zimnego, które często lepiej smakuje i które później, aniżeli gorące, wywołuje uczucie sytości. Bułeczkę z masłem i kawałkiem pieczeni lub kotleta zbyt rzadko poleca się chorym. O szynce i innych postaciach łatwo strawnej wędliny niewolno zapominać.

Ryby powinny też służyć do urozmaicenia ménu naszych chorych; jedna z nich — najtańsza, mianowicie śledź, nietylko do pobudzenia łaknienia, ale wprost jako potrawa (śledź dobrze wymoczony w mleku; śledź marynowany, wędzony, smażony, w siekance i t. d.) powinna być używana.

I z galaret trzeba robić użytek; takie np. nóżki cielęce można śmiało włączyć do jadłospisu chorego na gruźlicę.

Przyprawy, sosy, chrzan, musztarda— w ilości umiarkowanej, stanowczo zachęcają do jedzenia i sprzyjają trawieniu mięsa.

Jajka—w ilości 2 do 3 dziennie, powinny stanowić zawsze składową część dyety. Najlepiej jako jajka na miękko, jako żółtko do rosołu lub do mleka, ale też jako jajecznica, jaja sadzone. Chorym nielubiącym jaj na miękko można pozwolić na jaja twarde, ale posiekane drobniutko (posypać na bułeczkę z masłem).

Z tłuszczów najczęściej używać trzeba masła, surowego i do potraw, i śmietanki, ale też zwracać uwagę na tłuszcz szynki, tłuszcz mięsa wołowego, szpik kostny, tłuszcz nerkowy (tych dwu ostatnich używać muszą żydzi zamiast masła do smażenia potraw mięsnych). Natomiast, szanując organy trawienia, zabronić należy łoju, szmalcu gęsiego. Gdzie środki materyalne nie pozwalają na masło i inne delikatne tłuszcze, zalecić należy tran, olej sezamowy.

Strawność pożywienia pochodzenia roślinnego w dużym stopniu zależy od sposobu przygotowania; przez rozdrabia-

nie, mielenie, krajanie, rozcieranie—niszczymy drzewnik, t. j. ułatwiamy przystęp soków trawiennych do tych pokarmów.

Wielu chorych sądzi, pod wpływem nierozważnych rad otoczenia, że tylko mleko i mięso są właściwym pokarmem dla chorych, więc—o ile im na to środki pozwalają—zaniedbują pożywienie roślinne. O konieczności pożywienia mieszanego musimy przekonywać takich chorych i przepisując dyetę zawsze wyraźnie wypisać i pieczywo i jarzyny. Widuję to w szpitalu, że chorzy np. przy obiedzie jedzą chleb lub bułkę dopiero po obiedzie, wtedy, gdy są jeszcze głodni; swój głód pragną zaspokoić raczej mlekiem i mięsem. Muszę więc im przypominać o przepisie przegryzania mięsa chlebem, namawiać do spożycia jarzyny, którą uważają za nieposilną, za zbyteczną.

Jarzyny muszą w pożywieniu tę jeszcze rolę spełniać, by za ich pośrednictwem wprowadzać do ustroju tłuszcz; o tej ich roli pomiętać należy i dobrze je okraszać.

Niemałą rolę grać może w odżywianiu chorych cukier i miód; sześć kawałków cukru dziennie (dodanych do kawy lub herbaty, do mleka) i jeden kawałek dodany do potraw—stanowią razem 140 ciepłostek, tyle co szklanka mleka. Miodu łyżka równa się 75 ciepłostkom, więc jest tyle warta, co jajko (71 ciepł.).

Kakao należy dziś przeważnie do stołu ludzi zamożnych; jesteśmy w naszym szpitalu w tem szczęśliwem położeniu, że do porcyi szpitalnej należy i ten napój. Korzystam z niego dla swych chorych chętnie, bo szklanka kakao ma wartość przeszło 200 ciepłostek. Każę je zwykle pijać na zimno, bo ciepłe zbyt łatwo wzbudza uczucie sytości.

Owoce otrzymują moi chorzy szpitalni tylko w formie kompotu i to dosyć jednostajnego, jako kompot z suszonych owoców. Chętnie jednak kupują sobie świeże owoce, do czego ich namawiam, odradzając różnych słodyczy, któremi i żołądek sobie psują i łaknienie.

Z preparatow odżywczych rzadko korzystam; jedynie w przypadkach wielkiego braku łaknienia używam ich jako skoncentrowanego pożywienia; najczęściej wchodzi wtedy w grę tropon, somatoza, roborat, mączka Nestla, Knorra. Jedynie ekstrakt słodowy częściej zalecam, jeśli widzę, że chory tęskni do jakiegoś środka aptecznego jako dodatku do pożywienia.

Wogóle uważam za coś wysoce niewłaściwego zalecanie przetworów takich ludziom ubogim; nikt bowiem nie widział z nich tak wielkiego pożytku, by mógł on zrównoważyć tę ofiarę, jaką okupuje nabywanie tych preparatów człowiek niezamożny. Niestety, wielu kolegów o tem niepamięta i z niezrozumiałą dla mnie wytrwałością zaleca tuziny butelek różnych hematogenów i dynamogenów, bogacąc fabrykantów, a rujnując bezcelowo swych chorych.

Na nieszczęście, ci chętniej wierzą takim zaleceniom, aniżeli przepisom racyonalnej dyetetyki!

Do apteki posyłać wolno po jedyny środek odżywczy, po tran (lub olej sezamowy). O ile go chorzy znoszą, jest tran bardzo pożytecznem pożywieniem--lekiem. Chętnie go biorą nasze klasy pracujące fizycznie, głównie pochodzące ze wsi, gdzie smaczność pożywienia jest jednoznaczną z jego tłustością.

Co do napojów wyskokowych, to nigdy ich nie zalecam, chyba w ostatniem stadyum, i to w przypadkach wyjątkowych. Jeśli mi jednak chory oświadcza, że bez szklanki piwa niema apetytu do obiadu, pozwalam na tę jedną szklankę. Wobec powszechnej wiary we „wzmacniające“ własności wina, które chorzy za drogie pieniądze i tak często w złym gatunku, kupują, należy kategorycznie oświadczyć, co nauka o tem sądzi. Wódki zabraniam zupełnie, niezapominajac przy tem dodać, jeśli mam do czynienia z pacyentem—żydem, że i naparstek wódki pijany naczczo jest szkodliwy; trzeba bowiem wiedzieć, że żydzi, naogół bardzo rzadko nałogowo pijący, mają zwyczaj picia naczczo maleńkich ilości wódki; czynią to w celu zabicia apetytu aż do zmówienia rannych pacierzy (bo przedtem jeść nie wolno), a te pacierze odmawiają nieraz w trzy i więcej godzin po wstaniu.

Na koniak pozwalam jako na dodatek do mleka, np. w ilości łyżeczki na szklankę, wieczorem, przy nocnych potach.

O wynikach leczenia dyetetycznego sądzimy na zasadzie systematycznego ważenia chorych; ze względów na wstępie przytoczonych, nie należy podzielać optymizmu chorych, utożsamiających przyrost na wadze z nabyciem „ciała“. W każdym jednak razie waga daje nam pewne kryteryum o postępie naszych usiłowań leczniczych, a jej wynik ma szczególnie ważne znaczenie, kiedy choremu na wadze ubywa lub—przy kuracyi—nie przybywa.

O schemacie pożywienia podczas gorączki daje pojęcie tabliczka przytoczona

na str. 146. Ale odstępować od obfitego karmienia należy li tylko przy ostrej gorączce, kiedy chory źle znosi, nie trawi tej dyety, jaką dopiero co opisałem; wtedy usuwamy to wszystko, czego chory nie znosi, stosując się do jego indywidualnych właściwości. Przy gorączce niestałej, korzystamy z godzin bezgorączkowych i wtedy podajemy mu pożywienie trudniej strawne, trzymając się w okresie gorączkowym mleka, zup i t. p.

Przy napadach ostrej gorączki, w początku każdej gorączki wogóle—zaczynamy od dyety bardzo ścisłej, głównie zup kleistych i mleka, stopniowo przechodzimy do coraz śmielszej, a przy długotrwającej gorączce staramy się odżywiać chorego wszystkiem, co wyżej zostało dla chorych niegorączkujących polecone. Liczyć się musimy wtedy, rzecz prosta, zawsze z faktem, iż chory leży, więc wogóle mniej zużyć może.

O żywieniu chorych z krwotokami, przy rozwolnieniu i t. d.—będzie mowa na innem miejscu.

Dostarczenie pożywienia—jak już na wstępie powiedziałem—jest dopiero połową zadania w lecznictwie dyetetycznem. Organizm musi materyał odżywczy użyć właściwie, t. j. odbudować z niego tkanki

Czynniki, które pobudzają komórki organizmu do żywszej asymilacyi, mamy w stosowaniu leczniczem: światła; powietrza; zabiegów mechanicznych; zabiegów wodoleczniczych.

Te wszystkie czynniki stanowią zarazem środki lecznictwa hygienicznego, a odpowiednio ujęte w system będą rozpatrzone w rozdziale następującym, jako środki lecznictwa fizykalnego.

II.

Jako środki lecznictwa fizykalnego służą nam: światło, powietrze, ruch i odpoczynek przepisami specyalnymi określane, bodźce mechaniczne i termiczne na skórę stosowane, wreszcie—wpływy psychiczne.

Leczyć gruźlicę płuc należy zdala od miast, w których cząsteczki pyłu i sadzy, unoszące się ponad domami, pochłaniają znakomitą część promieni słonecznych, a wyziewy, kurz i bakterye zanieczyszczają powietrze.

Światła nietylko w mieszkaniach miejskich, leżących w wązkich ulicach i ciasnych podwórzach, niema; brak go i na placach, brak i w ogrodach miejskich. Powietrze miejskie, mało ruchome, nieświeże, nie pobudza do oddechania głębokiego, a drobnoustroje w jego pyle zawarte są przyczyną zakażeń wtórnych, które gruźlicę płuc zmieniają na suchoty.

Więc nawet najuboższemu choremu należy przedewszystkiem poradzić ucieczkę z miasta. Niejeden ma krewnych, powinowatych, znajomych na wsi—niech się tam uda i prowadzi kuracyę podług planu, jaki mu damy.

Niestety, i ci którzy są w tych warunkach, że mogliby u krewnych znaleźć gdzie na wsi dla siebie osobny pokój i dostateczne pożywienie—są przez konieczność pracy zarobkowej zmuszeni do pozostania w mieście. Jeżeli wyjadą, to na dwa—trzy tygodnie, a i tę przerwę w zarobku okupują albo niedostatkiem i pogorszeniem warunków bytu po powrocie, albo zdwojoną pracą zawodową. Inni niemogą wcale porzucić zarobkowania; inni wreszcie—najliczniejsi—z dobrej woli lub musu (osłabieni) pracować zaprzestają, ale nie mają środków materyalnych na wyjazd z miasta i osiedlenie się na wsi.

Niepodobna przecież takim chorym powiedzieć: leczyć cię nie mogę. Niewolno zesztą tego mówić, bo nawet w złych warunkach miasta można niejednemu choremu dopomóc, można nawet wielu wyleczyć.

Więc rąk lekarzowi zakładać niewolno. Ma on wtedy o wiele, wiele trudniejsze zadanie, aniżeli, kiedy wysłać może swego pacyenta do sanatoryum; ale kto próbował tej rozkoszy, jaką daje uleczenie chorego na gruźlicę biedaka, powrócenie go rodzinie i życiu, ten nie pożałuje swej pracy i zachodu, gdy doń się zgłosi drugi, trzeci i setny niezamożny chory.

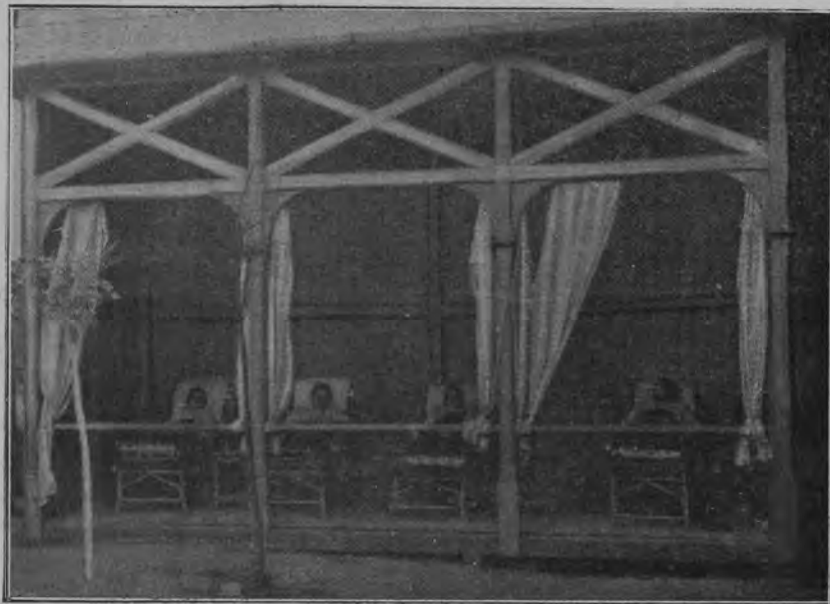
Wobec zupełnego braku sanatoryów ludowych, musimy ubogich leczyć albo w domu albo w szpitalach.

W obu wypadkach stosować należy te metody lecznicze, jakie pod nazwą metody leczenia dyetetyczno-fizykalnego wydoskonalone zostały w sanatoryach. Wielkie i pierwszorzędne ustępstwa musimy wtedy czynić, ale i to co zostaje z tej metody korzyść przynosi.

Najwięcej uratować można z metody sanatoryjnej, umieszczając chorego w specyalnym oddziele szpitalnym, szczególnie jeśli szpital sam jest hygienicznie urządzony i jako tako wyposażony.

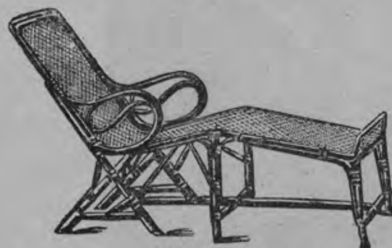
Taki oddział specyalny w każdym szpitalu powinno się urządzić. Wybiera się w tym celu sale widne i największe i umieszcza się w nich tylu chorych, by

ilość powietrza przypadającego na jednego chorego wynosiła conajmniej 45 metrów sześciennych. W oknach muszą być zrobione lufciki, ale nie w dolnej szybie, tylko w najwyższej. Do zwykłego urządzenia sal w naszych szpitalach muszą rych by mogli leżeć chorzy w ciągu godzin przez lekarza przepisanych. Formę takich ławek trzeba przystosować do formy leżaków używanych w sanatoryach; widać z załączonego rysunku, co jest w tych leżakach charakterystycznego:



Mała leżalnia szpitalna.

przybyć: umywalnie, zegar, waga, porządny stół jadalny, po krześle z poręczą dla każdego chorego, szafa do rzeczy (na korytarzu), kwiaty w oknach; chorzy muszą otrzymać podwójne kołdry, spluwaczki, kubki do płukania ust, szczoteczki do rąk i do zębów; w zimie—koszulki, buty filcowe, baszłyk, ciepłe rękawiczki.



Leżak typu niemieckiego.

Pozatem, w ogrodzie szpitalnym (a nawet najgorsze nasze szpitale miewają ogródki) trzeba wystawić z góry i trzech stron zasłoniętą, od południa otwartą, altanę, a w niej postawić ławki szerokie (kanapki trzcinowe będą może zbyt drogie), na któ-

dzięki oparciu dla krzyża chory w pozycyi półleżącej może swobodnie i głęboko oddychać; dzięki podpórce pod kolana—chory leżeć może długo, nie męcząc się, ponieważ mięśnie są wtedy rozluźnione, nienapięte. Typ inny, którego rysunek też przytaczam, ma tylko tę zaletę, że jest lekki, przenośny (żelazo i płótno); prócz tego z takich leżaków korzystają w niektórych sanatoryach w celu biernego przekrwienia płuc; jest to metoda oparta na teoryi, według której przekrwienie (głównie żylne) chroni płuca od gruźlicy; na tych leżakach można chorych tak ułożyć, żeby nogi były wyżej od tułowia.

Ławki pokryć należy materacem; pod głowę dać poduszkę z trawy morskiej.

W lecie kanapki wystawia się do ogrodu, poza altany, które dają cień chroniący od upału.

Mając w ten sposób urządzony oddział szpitalny, możemy zastosować jako środek leczniczy aeroterapię, której dewiza brzmi krótko:

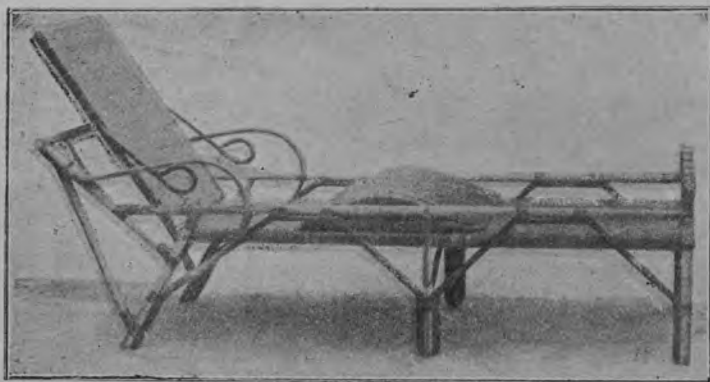
Czyste powietrze dniem i nocą.

Więc przedewszystkiem: duża sala, dużo przestrzeni na każdego chorego; łóżko na salę wystawione (prostopadle do ściany); w lecie okna otwarte przez cały dzień, a w nocy niedomknięte; podczas chłodnej pory: we dnie otwarte okna, w nocy — niedomknięte lufciki; podczas mrozów—okna otwierane po parę godzin w ciągu dnia, przy nieustannem ogrzewaniu sali. W moim oddziale okna są podczas mrozu otwarte przez cały ten czas, kiedy chorzy są w leżalni; tylko na czas ubierania się, rozbierania, jedzenia—okna się zamyka; ale np., kiedy chorzy są już w łóżkach, wieczorem, znów okna na jakiś czas (w zależności od stopnia mrozu) zostają otwierane.

Czystość jest hasłem, które zarówno służbie, jak chorym niezmordowanie powtarzać należy.

W sali niewolno przechowywać ani bielizny brudnej, ani odzieży, obuwia, ani resztek pokarmu, ani naczyń nocnych. Zaglądać musi lekarz do szafek nocnych sprawdzać, czy niema kontrabandy pod poduszką, pod materacem. Rzecz prosta, że wtedy każdy chory musi mieć swoją szufladę w komodzie, lub szafeczkę, od których klucz ma przy sobie, a gdzie swą własność przechowywać może.

Zamiata się, okurza, czyści wszystko na mokro. Dużo trzeba cierpliwości, by naszą służbę do tego przyzwyczaić, ale udaje się to wreszcie, jeśli naukę i kontrolę bierze na siebie—ordynator.



Leżak typu angielskiego, z ruchomem oparciem pod kolana.



Leżak przenośny (typ Weickera) umożliwiający autotransfuzyę krwi do płuc.

Jakkolwiek niektórzy pod mianem aeroterapii rozumieją leczenie powietrzem tylko na werandzie, w leżalni, należy właściwie cały pobyt w szpitalu wyzyskać w celu nieustannego „kąpania“ chorych w świeżem powietrzu i w świetle.

Pobyt w leżalni trwa w lecie od śniadania do obiadu, a po obiedzie—aż do zachodu słońca, a nawet dłużej; w zimie, a raczej w zimnej porze roku, leżenie w altanie trwa różnie długo — zależnie od stanu pogody. Przy słonecznym, niebardzo mroźnym dniu, bezwietrznym, leżą nasi chorzy, po zjedzeniu drugiego śniadania, od pół do jedenastej do obiadu, t. j. do godz. pierwszej, i od godz. drugiej do czwartej. Przy silniejszym mrozie: od godziny jedenastej lub pół do dwunastej—do obiadu, a po obiedzie półtorej godziny lub tylko godzinę. Przy mgle wcale chorych na powietrze niewypuszczam, a przy silnym mrozie– pozwalam na przechadzkę po ogrodzie. „Leżenie“ odbywa się wtedy w sali, w której okna albo stale, albo czasowo są otwarte.

Na zimę chorzy się sami zaopatrzyć muszą w bardzo ciepłą odzież (wełnianą bieliznę każdy mieć musi, jeżeli zimą wstępuje do szpitala; dla bardzo ubogich nietrudno wystarać się o nią, mając protektorów oddziału); oddział daje futrzane obuwie i grube dery; nasi np. chorzy są (przez służbę) zawijani najprzód w lżejszą derkę, a po tem w podwójną, zeszytą z derki cieńszej i derki bardzo grubej; ta ostatnia ma jeszcze rodzaj kieszeni, w którą chorzy nogi kładą, przytrzymując ją tym sposobem i niepozwalając odwinąć się.

Nie należy jednak każdego chorego i to zaraz od pierwszego dnia poddawać leczeniu na leżalni. Przeciwnie, przez pierwsze dni pobytu chory powinien leżeć w łóżku; następnie—przez parę dni—w pokoju przy otwartych oknach pozostawać, a dopiero po tem, stopniowo przejść do tych norm, jakie wyżej przytoczyłem. Zawsze należy się przytem kierować dwiema wskazówkami: czy chory nie ziębnie i czy niema—pod wpływem stałego pobytu na powietrzu — przyśpieszenia tętna. W obu takich przypadkach należy ograniczyć pobyt w leżalni i zastąpić go leżeniem w pokoju.

Leżenie w łóżku, zupełny spokój przepisujemy wszystkim chorym w ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu.

Za wskazanie do stałego pozostawienia chorych w łóżku (nawet do mycia wstawać im niewolno) uważać należy: 1) Podwyższoną ciepłotę, t. j. ciepłotę (którą się mierzy pod pachą conajmniej 3 razy dziennie) przechodzącą, choćby przez krótki czas w ciągu doby, 37°,2 — 37°,3 C°.. 2) Wahania ciepłoty—w ciągu doby—przechodzące jeden stopień, np. 35,7 w jednej porze dnia, a 37,1 — w innej. W obu tych przypadkach próbujemy za pomocą stałego leżenia w łóżku zwalczyć te objawy nieprawidłowe. Jeśli jednak wielotygodniowe pozostawanie w łóżku nie usunie tych objawów—wyrzekamy się tego środka leczniczego. 3) Ogólne osłabienie, słabe serce—nawet przy braku gorączki. 4) Poty, dreszcze -- nawet przy braku gorączki. 5) Zmniejszanie się wagi ciała. 6) Wszystkie świeże procesy, powstawanie nowych ognisk, sprawy wyraźnie czynne. 7) Krwawienia, krwotoki. 8) Zapalenie opłucnej (mówiąc nawiasem, nazbyt często przeoczane w przebiegu gruźlicy płuc).

Z chwilą ustąpienia wyliczonych objawów—pozwalamy wstawać chorym, z początku na parę godzin, po tem na cały dzień, pozwalamy na przejście do leżalni, wreszcie—pozwalamy na ruch, na małe spacery.

Wskazówki ścisłe co do ilości dozwolonego ruchu trudniej dać, aniżeli co do spokoju. Tylko o ruchu specyalnym, o ćwiczeniu klatki piersiowej można ściślej mówić.

Gimnastyka płuc jest wprost zakazana przy świeżych sprawach, przy skłonności do krwotoków, przy osłabieniu ogólnem, jednem słowem przy tych objawach, przy których zalecane jest leczenie stałe w łóżku.

Natomiast we wszystkich innych okresach należy sprzyjać ćwiczeniu płuc, pobudzać je do najdoskonalszej czynności; tym sposobem sprzyjamy przewietrzaniu płuc, przyśpieszamy wymianę gazów, poprawiamy krążenie, wzmacniamy mięśnie oddechowe, i—co najważniejsza—sprzyjamy eliminacyi tkanek zniszczonych. „To co jest chore, musi albo zostać wydalonem (mówi Hoffmann w swej „Terapii ogólnej“), albo otorbionem“; „jedna i druga sprawa niemoże się odbyć przez słabszą, lecz przeciwnie przez energiczniejszą czynność żywotną w otaczającym zdrowym miąższu. Jeżeli w płucach pewien odcinek jest chory, to niewłaściwie byłoby przez ochranianie zatrzymywać go w ciele przez czas długi; im wcześniej ustrój go się pozbędzie, tem lepiej dla niego“.

Oszczędzać siły całego ustroju, oszczędzać serce, ale płuca ćwiczyć należy.

Czyni to przedewszystkiem pobyt na powietrzu; wpływ (szczególnie zimnego) świeżego powietrza jest najlepszym bodźcem wzmacniającym i pogłębiającym ruchy oddechowe. Specyalną gimnastyka płuc też może być stosowana. Najprostszy, najłatwiejszy i—najpożyteczniejszy zabieg gimnastyczny, polega na tem, by chory nauczył się porządnie wydechać, dobrze opróżniać płuca ze zużytego powietrza; bo tylko dobrze opróżnione płuca może zaczerpnąć dużą ilość powietrza. W tym celu każemy chorym po każdym wydechu powiedzieć głośno: raz, dwa, trzy. Taki zabieg należy nakazać parę razy dziennie, po kilka (po tem po kilkanaście minut) za każdym razem.

Po za tem: gimnastyka szwedzka, te ćwiczenia, które mają na celu ruchy klatki piersiowej.

Na moim oddziele mam specyalne, do ściany przymocowane, przyrządy gimnastyczne.

Pilną uwagę chorych zwracać na to należy, by oddychali przez nos, a nie ustami; jeśli niemożemy chorego przyzwyczaić do tego (sprawdziwszy, że nos jest drożny, że niema wyrośli adenoidalnych), wtedy zastosować można na jakiś czas przyrządzik Hebroka („Lungenschoner"). Jestto niewielka płytka kauczukowa lub aluminiowa, zakładana pod wargi, więc niewidoczna. Chorzy noszą ją przez cały dzień lub tylko na leżalni.

Wodę stosuje się przy leczeniu gruźlicy płuc w celu: 1) pielęgnowania skóry; 2) oddziaływania na przemianę materyi; 3) zahartowania; 4) leczenia spraw miejscowych.

Kąpiel ciepłą otrzymuje każdy chory w dniu wstąpienia do szpitala, a po tem raz na tydzień — o ile jakieś powikłania, (krwotoki, krwawienia) temu nie przeszkadzają. Stosuje się zwykłą kąpiel ciepłą, 28° R., w ciągu 10 minut, po czem służący lub służąca dokładnie chorych osusza.

W celu oddziaływania na przemianę materyi używa się w sanatoryach wielu zabiegów hydropatycznych. Z tych różnych wskażę tylko na te, które najłatwiej w szpitalach stosować można i do których można naszę ludność przekonać.

Ponieważ wodolecznictwo ma u nas dotąd jeszcze ciągle tak nielicznych zwolenników, pozwolę sobie na powtórzenie (za Muterem) kilku uwag teoretycznych, które powinny nami kierować przy stosowaniu zimnej wody w lecznictwie suchot.

Zasadą ogólną jest, że: zimno obniża, ciepło zaś potęguje czynności fizyologiczne. Ale ta zasada ogólna wtedy dopiero odzwierciadla prawdziwy stan rzeczy, kiedy zimno obniży, a ciepło podwyższy — ciepłotę całego ustroju, a nie—danej części, danego narządu. Tym sposobem zimno działa podniecająco na utlenianie, a ciepło je obniża—tak długo dopóki nie zostaje przez nie zmieniona ciepłota całego ciała.

Zimno obniża utlenianie, a ciepło je zwiększa z chwilą, kiedy równocześnie ciepłota całego ciała zostaje zniżona, lub podniesiona.

Ponieważ przy leczeniu suchot mamy do czynienia ze zbyt szybką wymianą materyi, więc nasze zabiegi wodolecznicze muszą być zawsze tego rodzaju, by ani odciągały ciepłoty, ani też jej nie podnosiły; w pierwszym wypadku zmniejszylibyśmy utlenianie (w organizmie gromadziłyby się szkodliwe wytwory przemiany nieutlenione); w drugim wypadku —zwiększyłby się rozpad tkanek.

Chcąc w celu pobudzenia asymilacyi podziałać bodźcem zimna i zarazem nieodciągnąć organizmowi cieplika, wodolecznictwo tak postępuje: najpierw sztucznie zatrzymuje na powierzchni skóry pewną ilość normalnie traconego ciepła, po tem zaś—stosując zimno—„spłókuje" tylko to czasowo nagromadzone na skórze ciepło.

Bodziec, który potęguje utlenianie, niezabierając ciepła przytem wytworzonego, jest bodźcem sprzyjającym asymilacyi. Z tą chwilą bowiem, kiedy na podrażnienie, zwiększające utlenianie, organizm nie jest zmuszony reagować wytwarzaniem ciepła (jak to się zwykle dzieje po utracie ciepła z powierzchni), z tą chwilą zwiększona produkcya idzie na korzyść asymilacyi.

Zwiększone utlenianie nie jest wtedy źródłem energii kinetycznej, lecz służy do nagromadzenia energii potencyalnej, t. j. do pomnożenia komórek tkankowych.

W celu nagromadzenia ciepła na powierzchni używa się następujących środków: leżenie w łóżku; zawijanie suche; zawijanie wilgotne; kąpiel ciepła (28,5 R°) przez kwadrans; natryski ciepłe (29° R°); kąpiel słoneczna.

Jako bodźce zimna służą: obmywania zimne, wycierania zimne, oblewania, natryski zimne.

Kombinując te dwie metody, mamy cały szereg sposobów leczenia; dając przewagę metodom pierwszej kategoryi—działamy oszczędzająco; kładąc większy

nacisk na zabiegi drugiej kategoryi—ć w i c z y m y organizm.

Liczymy się w wyborze i stopniowaniu tych środków z indywidualnością chorego i stadyum choroby: inaczej leczymy osobnika eretycznego, inaczej — torpidnego; inaczej — Phtisis incipiens, inaczej — Phtisis consummata; różne wskazania dają oddzielne objawy chorobowe, które zwalczamy: bezsenność, gorączka, zaburzenia kiszkowe i t. p.

Stosując bodźce zimne, o jednem wszakże zawsze pamiętać należy, by po nich zawsze starać się o reakcyę; jeśli wskazania przemawiają za leczeniem oszczędzającem—każemy choremu po zabiegu wodoleczniczym ogrzać się biernie, w łóżku; jeśli chcemy stosować leczenie ćwiczące, każemy choremu rozgrzać się czynnie, przez ruch, przechadzkę.

Dwa głównie zabiegi wodolecznicze zalecam moim chorym.

Po pierwsze, myć się codziennie zaraz po wstaniu z łóżka zimną wodą wprost z krana, aż do pasa, myć i zlewać obficie tą wodą piersi, plecy, szyję, kark.

Po wtóre, wycieranie całego ciała, rano i wieczór. Ten ostatni zabieg jest tak systematyzowany. Zpoczątku, przez parę dni chorego wyciera służący (lub służąca) rano i wieczór suchym kawałkiem flaneli, mocno rozcierając całe ciało. Po tem przez parę tygodni, a nawet dłużej, wyciera roztworem spirytusu z solą (dodaję do tego nieco tymolu); wreszcie każę wycieranie robić wodą zimną. Przy wycieraniach wodą używa się gąbki, za pomocą której należy kolejno każdą okolicę ciała lekko zwilżyć wodą zimną i po tem mocno wytrzeć suchą flanelą; po zakryciu wytartej okolicy ciała obnażamy inną i znów tę zwilżamy paru pociągnięciami gąbki poczem mocno wycieramy flanelą. Chorych nacieramy rano i wieczór; wieczorem przed tym zabiegiem chory musi, jeśli cały dzień nie leżał w łóżku, conajmniej godzinę przebyć w łóżku.

Stosując hydroterapię w celu hartowania, staramy się za pomocą podrażnień cieplnych i mechanicznych wywołać odczyn (reakcyę), pobudzić i podnieść napięcie naczyń, tkanek, do żywszej działalności doprowadzić czynność serca i krążenie krwi we wszystkich narządach. Temu towarzyszy żywsze utlenianie w tkankach, zwiększona wytwórczość krwi, zwiększone wytwarzanie ciepła w mięśniach, spotęgowana działalność gruczołów wydzielniczych (pot).

Najczęściej stosowane w sanatoryach ludowych w Niemczech natryski—mało znajdą u nas zwolenników; przyznaję, że jakkolwiek mam je w szpitalu -- nie korzystam z nich. Za pomocą natrysków zimnych hartujemy w sposób najdoskonalszy naszych chorych; ale ta najsilniejsza metoda ćwicząca nie może być stosowana większości chorych szpitalnych, ponieważ są to przeważnie ludzie, którzy nie nadają się już do tak forsownego hartowania, t. j. zabiegu, który przedewszystkiem przyśpiesza wymianę materyi. Dla tych chorych wskazane są te zabiegi hydropatyczne, które — jako lecznicze — wyżej podałem.

Miejscowo stosujemy wodę jako zimny okład na serce—w celu uspokojenia tego organu, lub wzmocnienia go, albo jako środek uśmierzający ból, np. przy zapaleniu opłucnej.

Najważniejszy jednak zabieg miejscowy polega na stosowaniu t. zw. opaski krzyżowej.

Popularny u nas okład Priessnitza na piersi ma tę wadę, że obejmuje, założony na klatkę piersiową, zaledwie dolną połowę płuc. Ażeby okład mógł działać i na górne płaty, t j. na najczęstsze siedlisko sprawy gruźliczej, musimy go stosować w postaci opaski krzyżowej, tego niezbędnego i znakomitego środka pomocniczego przy leczeniu suchot płucnych.

Opaska stanowi doskonały środek z kategoryi zatrzymujących ciepło na powierzchni ciała; z tego punktu widzenia należy ona do kategoryi leków hydroterapeutycznych ogólnych, zwiększających asymilacyę, jeśli—rzecz prosta—po jej zdjęcia stosujemu zimne, (8—16 R°), krótkie, nacieranie wodą; po nacieraniu należy wytrzeć ciało do sucha grubym ręcznikiem lub flanelą.

Miejscowe działanie opaski jest różnorodne. Pod jej wpływem kaszel staje się rzadszy i wilgotniejszy, odpluwanie łatwiejsze; serce zostaje wzmocnione — a dzięki temu krew lepiej w płucach krąży.

O technice nakładania tej opaski i jej działaniu będzie obszerniej mowa dalej, przy rozpatrywaniu środków objawowych przeciw kaszlowi.

O zabiegach hydropatycznych stosowanych w celu zmniejszenia gorączki będzie też mowa dalej, przy rozpatrywaniu środków zwalczania tego objawu.

(D. c. n.)



O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu.

Przez Dr. H. Fidlera (Radom)

(Dalszy ciąg).

B). Częstość i czas występowania objawów trzeciorzędnych. Objawy 3-o rzędne mogą występować po upływie nawet 16, 20 lat, a jak twierdzi Fournier—po 30, 40, 50, 60,65 i 67 latach. Przytacza on np. przypadek D-ra Pétita dotyczący 87 letniego starca, który miał na skórze wykwity gruzełkowe (syphilide tuberculo-crustacée) jako następstwo przymiotu nabytego w 20 roku życia*).

Lecz, na szczęście, występowanie 3-io rzędowych objawów nie jest conditio sina qua non w przebiegu przymiotu.

Słyszeliśmy już, że według obliczeń Fingera zaledwie 20% (wśród leczonych) do 40% (wśród nieleczonych) zapada na nie. Jeszcze ciekawszą jest statystyka zebrana przez Fourniere'a w powyższej pracy, a dotycząca 4400 chorych (w tem 4000 mężczyzn a 400 kobiet). Fournier dokładnie obliczał czas pojawiania się 3-io rzędowych objawów, licząc od chwili zachorowania i znalazł, co następuje: że objawy 3-cio rzędowe ukazują się w przeciągu pierwszych

	10 lat	wśród	70%	chorych.
od 10	do 20 lat	—	22,3%	
„ 20	„ 30 „	—	5%	
„ 30	„ 40 „	—	1%	
„ 40	„ 50 „	—	0,28%	

Niebezpieczeństwo pojawienia się 3-ciorzędowych objawów (mówi F.) zmniejsza się z biegiem czasu. Im przymiot jest starszy, tym rzadsze stają się jego przejawy (méfaits). I to w tym stopniu, że chory, szczególniej jeśli był leczony, może porzucić wszelkie obawy, gdy go dzieli znaczny okres czasu od początku zachorowania.

Na potwierdzenie słów powyższych, pozwolę sobie przytoczyć statystykę 3-ciorzędnego przymiotu, zebraną przez Adlera*) a opartą na 1676 przypadkach przymiotu. Otóż wśród tej liczby przymiotowych 3-ciorzędne objawy wystąpiły u 224, co stanowi 13,4%. Neuman na 9142 przymiotowych spostrzegał 3-ciorzędne objawy wśród 665, co stanowi 6,8%. Hirszfeld z kliniki Neissera podaje liczbę 3-ciorzędnych przymiotowych na 17,6% zaś z prywatnej swej praktyki na 26,8%. Cyfry Adlera zebrane są za lat 10 od 1891 po 1901 r. Ze statystyki powyższej wypada, w dalszym ciągu: 1-o, że 3-ciorzędne objawy występują najczęściej u osób, które się zaraziły w młodym wieku. Połowa wszystkich przypadków przypada na zarażonych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, znacznie mniejsza część (17,3%) pomiędzy 30 a 40 i bardzo nieznaczna (8,9%) pomiędzy 40 a 60 rokiem; 2-o) że objawy 3-ciorzędne występują już w roku pierwszym i dosięgają swego szczytu w 3 im roku po zarażeniu, poczem liczby te maleją; 3) że występowanie 3-ciorzędnych objawów przed rokiem 20 i po roku 60 należy do niezmiernych rzadkości i że najczęściej się pojawiają (więcej niż w połowie przypadków) pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Nie spostrzegano szczególnego usposobienia w starym wieku do występowania 3-ciorzędnych objawów. 4-o) że z pośród chorych obarczonych 3-ciorzędnemi objawami 68,7% nie leczyło się zupełnie w II okresie, zaś 31,3% podlegało leczeniu, z czego 17,4% leczyło się raz, zaś 13,8% dwa, trzy i więcej razy. Ze statystyki Liona (z kliniki Neissera) wypadła, iż z liczby chorych z 3-ciorzędnemi objawami:

65,4% nieleczyło się zupełnie lub leczyło się niedostatecznie.

22,3% podległo jednokrotnemu leczeniu.

9,2% dwu lub 3 krotnemu „

2,5% 4-o krotnemu „

Gdy więc co najwyżej 40% chorych ulega przejawom 3-ciorzędnego okresu, gdy z biegiem czasu w miarę oddalenia się od chwili zarażenia maleje niebezpieczeństwo okazania się objawów 3-ciorzędnych, gdy— według wyrażenia Fourniera (cytowanego w tejże pracy) — tylko 2, 3 i 4 rok są najniebezpieczniejszymi pod tym względem, to możemy bez obawy patrzeć na los syfilityka, szczególniej, jeżeli ten był leczony.

C.) Długość trwania okresu zaraźliwości przymiotu.

W omawianej tutaj przez nas sprawie odziedziczania przymiotu ważnem jest poznanie długości trwania okresu zaraźliwości.

Trwa ona według Hutchinsona 2 lata, według Campany 3, według Foularda 4, według Blaschko 5½, jakkolwiek notowane są przypadki, w których zarażenie drugiego osobnika nastąpiło w 10 lat po pierwszem swoistem zakażenin (Hutchin-

*) Fournier. Evolution du tertialisme Sem. Medic, 1900 str. 79.

*) Beitrag zur Statistik der tertiaren Lues. Aus Dr. B, Ledermann's Poliklinik und Privatpraxis von Dr. Ernst Adler, Assistenzarzt der Poliklinik. Ber. Klin. Woch. 1902 № 33 str. 756.

schson) i po latach 15 (Tarnowski). Według ostatniego autora, w przeciągu pierwszych 5-u lat, 80% chorych posiada wykwity zaraźliwe; po 10-o latach takowe wykazać można wśród 2,6% chorych, zaś po 15 latach wśród 0,5%. A więc okres zaraźliwości waha się od 2 do 15 lat; najczęstszym jest do lat 5-u, poczem szybko maleje. Niewątpliwie, zależeć to musi od leczenia i od ustroju chorego. Wiadomą jest bowiem rzeczą, iż przymiot trzyma się najuporczywiej u osobników zołzowatych, gruźliczych, wątłych, wyniszczonych, alkoholików, nieumiarkowanych w życiu, i wśród ludu prostego, nieświadomego grozy choroby i jej następstw, oraz nieleczącego się. Wśród wymienionej tu kategoryi chorych, przymiot czyni największe spustoszenia, już to skracając życie, już to wywołując głębokie zmiany w narządach wewnętrznych (cierpienia układu nerwowego i skleroza układu krwionośnego).

Otóż w tym 5-o letnim okresie przymiot jest najbardziej niebezpiecznym, tak pod względem swej jadowitości, zaraźliwości, jakoteż zdolności przeniesienia dziedzicznego. To ostatnie—zarówno w okresie jawnym, jak i w okresie utajenia. A więc w tym okresie należy zabronić chorym wstępowania w związki małżeńskie. Zjawić się jednak może następujące słuszne pytanie. Jeżeli okres zaraźliwości trwać może lat 15 i jeżeli w tym okresie przymiot może być przeniesiony drogą dziedziczenia, nawet wtedy, gdy jest utajony, to czy nie byłoby racyonalniej pozwolić wstępować w związki małżeńskie dopiero po upływie 15 lat od chwili zarażenia się. Lecz na to pytanie daje wyczerpującą odpowiedź Finger, który twierdzi: 1-o że niebezpieczeństwo dziedziczenia zmniejsza się zależnie od dawności przymiotu rodzicielskiego i 2-o, że nawet w tymże drugim okresie dziedziczenie nie jest obowiązkowem; nawet pomimo jawnych wykwitów u rodziców, mogą się rodzić zdrowe zupełnie dzieci.

To samo twierdzi Neuman, mówiąc, że niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu zmniejsza się stale w miarę oddalenia się od chwili zarażenia się.

L e s s e r*) twierdzi, że w sprawie zawierania małżeństw przez przymiotowych panuje przesadzony pessymizm najwybitniej wyrażony słowami pewnego francuskiego lekarza: „Avec la syphilis il faut rester celibataire". Twierdzenie to z gruntu jest fałszywem i mogłoby doprowadzić do najgorszych wyników, gdyż po pewnym czasie przymiot staje się najzupełniej bezpiecznym zarówno dla żony jak i dla dzieci. Szczególniej podejrzanymi są te przypadki, w których ojciec dziedzicznie obarczonego przymiotem dziecko podaje, jakoby zarażenie miało miejsce przed 10-u lub więcej laty przed ślubem. Albowiem uważa (Lesser) za zupełnie niemożliwe, aby przymiot mężczyzny po 10 lub 15 latach mógł przejść na dziecko. Naturalnie, iż poprzedzające leczenie ma doniosłe znaczenie. Jeżeli ono było przeprowadzone dobrze, to należy mniej zwlekać z pozwoleniem na zawarcie małżeństwa, aniżeli w przypadkach z niedostatecznem leczeniem. Powinno upłynąć co najmniej 5 lat po zarażeniu do chwili zawarcia ślubów.

Twierdzenie F i n g e r a o niezaraźliwości nawet II okresu nie jest bynajmniej absurdem z punktu widzenia bakteryologicznego. Wszak zgodnie z teoryą pasorzytniczą dla przeniesienia choroby na drodze dziedzicznej należy, ażeby komórki płodowe (plennik nasienny lub jajo) zawierały w sobie bakterye. Niewątpliwie, iż w II okresie przymiotu bakterye przenikają cały ustrój, lecz zdarzyć się może, że *ten* plennik lub *to* jajo, które podczas aktu płodzenia tworzą zarodnik, są wolne od bakteryi, i że tym sposobem płód szczęśliwym trafem unika dziedziczenia choroby. Jest to tembardziej możliwe, gdy się zważy, jakem to wskazał w pracy swej „O gruźlicy", że podczas wytrysku nasienia wypływa miliony plenników (L o d e). Zgodnie z teorją bakteryologiczną staje się zrozumiałem, dlaczego niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu jest większe, gdy zarażona jest matka, największe,—gdy oboje rodzice, a najmniejsze, gdy jedynie ojciec. Jeszcze mniejsze prawdopodobieństwo przeniesienia przymiotu grozi w okresie trzecim. Znane są przypadki, w których przeniesienie to nastąpiło po 10, 12, 15 i 16 latach (L a s s a r) 18 i 20 (F o u l a r d). Wprawdzie przelać można drogą dziedziczności przymiot w okresie III nietylko wtedy, gdy są objawy, lecz nawet w stanie utajonym. Są to jednak niezmiernie rzadkie przypadki (L a s s a r, N e u m a n, K a p o s i, F o u l a r d, F i n g e r).

Powtarzam z naciskiem, że niebezpieczeństwo odziedziczenia jest tem mniejsze, im się bardziej oddalamy od chwili zarażenia się, i im lepiej chory był leczo-

*) E. Lesser: Ehe und venerische Krankheiten Berl. klin. Woch. 1902 № 23.

ny. Wobec tego, jak zarówno wobec rzadkości występowania objawów 3-ciorzędnych w miarę starzenia się przymiotu, możemy zgodnie z opinią pierwszorzędnych syfilodologów pozwolić na zawieranie związków małżeńskich w okresie III, jakkolwiek brak nam sprawdzianu, czy dany osobnik znajduje się w okresie utajenia, czy też jest zupełnie zdrów. Przypomnę tutaj powyżej przytoczone zdanie Kaposiego, że im dłużej przymiotowy jest zdrowy, tem jest prawdopodobniejszem, że wogóle zdrowym pozostanie.

D) Dziedziczenie przymiotu.

Względnie do okresu przymiotu rodzicielskiego i czasu trwania takowego można naszkicować następujący los płodzonych dzieci:

1-o. Poronienie; z początku po krótkiem następnie--po dłuższem trwaniu ciąży.

2 o. Przedwczesny poród przymiotowych dzieci, również z początku po krótszem, a następnie po dłuższem trwaniu ciąży.

3-o. Urodzenie dojrzałych płodów mających już objawy przymiotowe.

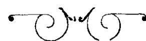
4-o. Urodzenie dojrzałych płodów, u których występują późniejsze objawy przymiotowe w jakiś czas po urodzeniu.

5-o. Urodzenie zdrowych i zdrowo następnie rozwijających się dzieci.

Zdarzają się tutaj naturalnie i wyjątki, a mianowicie: poronienie pomiędzy dwoma porodami dojrzałych płodów, lub urodzenie zdrowego pomiędzy dwoma przymiotowemi płodami. (F i n g e r).

Co się tycze objawów, to występować mogą albo swoiste objawy 2-o lub 3-ciorzędne, albo też dziedziczenie przejawia się w postaci upośledzenie odżywiania i budowy (tak zwane objawy dystroficzne,) co zależy od wieku przymiotu rodzicielskiego. O ile zależność objawów swoistych od przymiotu rodzicielskiego nie ulega żadnej wątpliwości, o tyle z drugiej strony zmiany dystroficzne nie dadzą się zupełnie złożyć na karb przymiotu rodziców. Wadliwe kostnienie, krzywica, wadliwe uzębienie, złe odżywianie, bezkrwistość—zależeć mogą od innych warunków, a w pierwszym rzędzie od złej budowy i złego odżywiania rodziców, zależnych od cierpień takich, jak gruźlica, zołzy, przebyta w dzieciństwie krzywica i zależnych od złych warunków bytowych. Powołuję się tutaj na ludność żydowską u nas, wśród której przymiot przynajmniej, jak do tej pory, należy do rzadkich zjawisk. Jednakże jakże niezmiernie często wśród tej ludności widzimy dzieci wątłe, krzywicowe, małokrwiste, t. j. ze zmianami dystroficznemi. Przypuszczam nawet, że śmiertelność wśród dzieci żydowskich z rodzin nieobarczonych przymiotem jest również wielką, a może i większą, aniżeli wśród dzieci zrodzonych z małżeństw przymiotowych. A więc, zmiany dystroficzne nie są właściwe jedynie przymiotowi, lecz zależą od złej budowy i złego odżywiania rodziców, którzy tęż samą nędzę przekazują swym dzieciom. Jakkolwiek konieczną i niezmiernie pożądaną jest rzeczą, by się rodziły wogóle dzieci zdrowe i zdolne do życia, jakkolwiek należy usuwać wszystkie przyczyny wpływające na płodzenie dzieci dystroficznych, to jednak nie należy bronić wstępowania w związki małżeńskie przymiotowym w okresie 3-ciorzędnym, a zwłaszcza utajonym.

(d. n.)



Birsztany.

Napisał Dr. Fr. Grodecki (Kowno-Birsztany.)

Birsztany, lubo na samem pograniczu Królestwa Polskiego położone, należą do rzędu uzdrowisk tak dobrze jak i wcale przez lekarzy naszych nie popieranych, gdy bowiem pacyenci z Petersburga, Moskwy, południowych i wewnętrznych gubernii Państwa corok stanowią dosyć pokaźną liczbę gości birsztańskich, chorych z Królestwa widujemy tu b. mało. Przyczyna tego bądź co bądź niewesołego zjawiska zdaniem mojem kryje się w zupełnym braku reklamy tudzież w tem, że w bieżącej literaturze lekarskiej wcale nie znajdujemy sprawozdań lekarskich o wynikach leczenia w Birsztanach; dzięki temu lekarze, pozbawieni opartych na danych cyfrowych wskazówek, wolą wcale nie skierowywać chorych do Birsztan, niż wysyłać ich na chybił trafił. Pragnąc choć w pewnym stopniu brak powyższy usunąć, podaję poniżej garść zebranych przezemnie w ciągu ostatnich 3 lat danych statystycznych. Gdy jednak i wiadomości czysto informacyjne dotyczące Birsztan nie stanowią własności ogółu naszych lekarzy, ostatnia bowiem praca doktora W. Zahorskiego, temu przedmiotowi poświęcona, ukazała się przed 7 laty, więc korzystam z okazyi i słów kilka o samych Birsztanach tu skreślę.

Birsztany stanowiące własność prywatną p. Michała Kwinty, leżą na prawym brzegu Niemna w pow. Trockim gub. Wi-

leńskiej, w odległości 36 wiorst od Kowna oraz 30 wiorst od st. kolei Nadniemeńskiej, Olity.

Niemen, wijąc się, niby wąż srebrzysty, wśród pięknych borem porosłych brzegów, zatacza poniżej Pren szeroki łuk i tworzy półwysep, Birsztańskim zwany. Powierzchnia jego obejmująca 77 klm.² jest płaska i składa się z dwóch tarasów: wyższego, okalającego od południa sam zakład, i niższego, który, stanowiąc jądro półwyspu, w północnej swej części pokryty jest pięknym suchym lasem sosnowym, miano Zwierzyńca noszącym. Grunt wyniosłej części półwyspu jest gliniasty, dzięki czemu fantastyczne, zwłaszcza na samym brzegu Niemna, wzgórza okryte są bujną roślinnością, która, przeglądając się w lustrzanych falach Niemna, nadaje szczególny urok miejscowości, na której mieści się zakład. Taras niższy natomiast posiada grunt piaszczysty, łatwo przepuszczalny, przez co błota nigdy tu nie bywa do tego stopnia, że w jakie pół godziny po ulewnym deszczu po parku zakładowym śmiało można chodzić bez kaloszów.

Sam zakład kąpielowy leży w obszernym, bardzo ładnie zadrzewnionym i starannie utrzymywanym parku z drzew liściastych i iglastych; szczególnie uroczą jest aleja brzozowa wzdłuż samego brzegu Niemna biegnąca. Naprzeciwko Birsztan, już w gub. Suwalskiej, szumi poważny 400 morgowy bór sosnowy, ulubione miejsce wycieczek, które kuracyusze już to dla przyjemności, już to w celach leczniczych codziennie odbywają. Dzięki tym warunkom topograficznym powietrze w Birsztanach jest nadzwyczaj czyste i orzeźwiające. Raptownych zmian temperatury brak, gdyż zimnych wiatrów północnych nie dopuszcza las północną część półwyspu okrywający; zresztą, najczęściej wieją tu wiatry zachodnie lub południowo zachodnie. Załączona poniżej tabliczka najlepiej przekona czytelnika o warunkach klimatycznych Birsztan.

Jako uzdrowisko Birsztany znane są od połowy zeszłego stulecia, ale dopiero w roku 1862 dzięki pracom d-rów Renicza i Korewy nabyły prawa obywatelstwa w balneoterapii.

Rok 1888		Temperatura (R)				Barometr		Wilgoć	
		Rano	W południe	Wieczór	Dobowa	Rano	Wieczór		
Czerwiec	Przeciętna	13,7	15,7	12	13,8	763,4	760	58,5	Słonecznych dni było 17
	Maximum	18	19	14	17	768	768,5	62,4	
	Minimum	11	11	10	10,6	753	754	45	
Lipiec	Przeciętna	14,2	17	13,5	14,9	763	763,5	60	Słonecznych dni dni było 14
	Maximum	17	22	16	18,3	772	771,5	79	
	Minimum	10	12	10	10,6	756	756,5	43,4	
Sierpień	Przeciętna	13,3	15,2	11,8	13,4	769,8	769,6	73,3	Słonecznych dni było 18
	Maximum	18	22	15	18,3	779	778	85,3	
	Minimum	11	13	9	11	763,5	763,5	64,2	

Wiatr przeważnie S. E.

Rok 1895		Temperatura (R)				Barometr		Wilgoć	
		Rano	W południe	Wieczór	Dobowa	Rano	Wieczór	Rano	Stan nieba
Maj	Przeciętna	13,9	17,6	12,7	14,7	770,3	763,6	56,5	Jasnych dni 20
	Maximum	20	23	18	20,3	773	773	64,2	Pochmurnych 11 Dżdżystych 8
	Minimum	7	11	6	8	760,5	761	52	1 burza. Wiatr przeważnie SE, E
Czerwiec	Przeciętna	15,8	18,5	14,6	16,3	768	766,6	50,4	Dni jasnych 20 Pochmurnych 10
	Maximum	20	25	19	21,3	774	774	62	Deszcz mały i niedługi 7, deszcz ul. 3
	Minimum	12	13	11	12	754	756	40,3	Wiatr S. i N. 21 burza gradowa
Lipiec	Przeciętna	15,3	18,3	15,7	16,4	761,4	761,7	80,4	Dni jasnych 12 Pochmurnych 19
	Maximum	21	26	22	23	770,5	770	88	Deszcz 17 2 razy burza
	Minimum	12	13	12	12,3	752	750,5	72	Wiatr przeważnie S i SW
Sierpień do 20	Przeciętna	14,5	17,5	13,8	15,2	767,1	767,2	60,5	Dni jasnych 7 Pochmurnych 12
	Maximum	21	25	19	21,7	772	772	76,4	Deszcz 6.
	Minimum	7	11	9	9	759	750	55	Wiatr przeważnie S i SE

Do celów leczniczych służą w Birsztanach 3 źródła „staremi" przez d-ra Radeckiego nazwane i używane specyalnie do wanien, tudzież zdrój „Wiktorya", opisany pierwotnie przez tegoż autora i stosowany wyłącznie do wewnątrz.

Co się tyczy źródeł starych, to znajdują się one tuż przy samym zakładzie kąpielowym, wydobywając się na powierzchnie ziemi wśród nizkiej łączki; ponieważ skład chemiczny źródeł tych jest jednakowy, słusznem przeto wydaje się przypuszczenie Radeckiego, że biorą one początek swój w ogólnym basenie podziemnym i stanowią jak gdyby trzy ujścia tesamego zdroju. Wszystkie źródła posiadają drewniane pokryte daszkami, cembrzyny i za pomocą rur łączą się ze zbiornikiem, z którego woda idzie już do kotła, gdzie się ogrzewa. Wydajność źródeł jest znaczna, dostarczają bowiem dziennie do 6,000 wiader. Skład chemiczny starych źródeł podług analizy Johansohna, przedstawia się jak następuje:

W litrze wody zawiera się:

Siarczanu potasu	1,61729	grm
Chlorku potasu	0,05570	„
Chlorku sodu	0,39692	„
Chlorku wapnia	3,52886	„
Dwuwęglanu wapnia	0,66197	„
Dwuwęglanu magnezyi	1,25554	„
Dwuwęglanu tlenku żelaza	0,01644	„
Krzemionki	0,10700	„
Ciał organicznych, Siarkowodoru, Amoniaku	Ślady	
Kwasu fosforowego, Manganu	Ślady	
Suma części stałych	7,65283	„
Wolnego kwasu węglanego	trochę	
Temperatura w źródłach	$+9^{o}C$.	

Przyglądając się uważniej powyższej tabliczce przychodzimy do wniosku, że stare źródła birsztańskie dzięki składowi swemu stanowią wody sui generis i znacznie się wyróżniają od znanych powszechnie wód zagranicznych (Wildungen, Lippspringe, Tarasp); uważane za najbardziej w siarczan potasu obfitujące wody, jak Tarasp. Emeritaquelle, zawierają w litrze zaledwie 0,4314, Püllna 0,6252 K_2 SO_4 podczas gdy w źródłach birsztańskich znajdujemy aż 1,6172. Niemniej korzystnie wyróżnia źródła birsztańskie i zawartość w nich chlorku wapnia, gdy bowiem w Kreuznach Oranienquelle znajdujemy 2,96, w Druskienickim zdroju Doppelmeiera 2,693, w Solance Ciechocińskiej (źródła № 1) 1,75, woda birsztańska zawiera w litrze 3,5289 grm. $CaCl_2$.

Równie ofituje woda starych źródeł birsztańskich i w dwuwęglan magnezyi.

Porównywując przeto stare zdroje birsztańskie ze źródłami Ciechocińskimi lub Druskienickimi, łatwo się przekonać możemy, że gdy ostatnie solom sodowym, pierwsze natomiast związkom wapiennym swoje działanie lecznicze zawdzięczają.

Gdy nadto pod uwagę weźmiemy wysoką zawartość w wodzie birsztańskiej siarczanu potasu, zgodzić się możemy, że należy się im całkiem odrębne stanowisko w klasyfikacyi balneologicznej.

Skład odkrytego przez d-ra Radeckiego zdroju „Wiktoryi" przedstawia się w ten sposób:

W litrze wody zawiera się (Rennard)

Siarczanu potażu	0,0022
Siarczanu sodu	0,5218
Chlorku sodu	3,7000
Siarczanu wapnia	0,4811
„ magnezyi	0,4416
„ tlenku żelaza	0,0151
Glinu	0,0118
Kwasu krzemnego	0,0142
Jodu	Ślady

Widzimy przeto, iż zdrój „Wiktorya" stanowi słabą solankę żelazistą. Woda z tego źródła używa się wyłącznie do picia bądź u zdroju, bądź też nasycona kwasem węglanym.

Zakład birsztański posiada 60 wanien, które się mieszczą w obszernym drewnianym budynku; urządzenie kabin jest wprawdzie skromne, atoli w zupełności swemu przeznaczeniu odpowiada. Ceny wanien od 25 do 65 kop.

Niezmiernie ważny czynnik leczniczy stanowi sąsiedztwo jednej z najpiękniejszych rzek naszych — jaką bezwątpienia jest Niemen z jego przepyszną czystą wodą o niezbyt wartkim prądzie, co umożliwia stosowanie na szeroką skalę kąpieli rzecznych, ku czemu służą dwie łazienki. Ja osobiście wyzyskuję stale Niemen i w innym jeszcze celu: oto w przypadkach przewlekłych nieżytów oskrzeli tudzież sprawach wierzchołkowych, o ile tylko siły pacyenta na to pozwalają, zalecam systematyczne wiosłowanie i na całym szeregu chorych przekonałem się, że jest to wyborny środek leczniczy, o ile, oczywiście, będzie zachowana ścisła indywidualizacya. Zwykle więc postępuję w ten sposób: wskazawszy dobrego przewodnika, który dobiera lekką łódkę, zaopatrzoną w dobre, niedługie i o niezbyt szerokich piórach wiosłami, poucza dokładnie chorego, jak ma robić wiosłami tudzież oddychać; dawkuję zaś wiosłowanie tak, że w początkach chory robi wiosłami przez 5 do 10 minut, poczem odpoczywa w łodzi, starając się jednak przez ten czas jaknajgłębiej oddychać,—wreszcie znowu wiosłuje 5 do 10 minut. W początkach wiosłowanie męczy chorego, głównie dzięki nieumiejętnemu obchodzeniu się z wiosłem, dla tego zwłaszcza pierwsze próby powinny być b. ostrożne i odbywać się raz dziennie; atoli zwykle już po 3—4 dniach chorzy o tyle się wprawiają w wiosłowanie, że nawet dwudziestominutowe robienie wiosłami, o ile tylko nie zanurzać ich za głęboko, nie sprowadza znużenia i wtedy to zalecam już wyjeżdżać na Niemen dwa razy dziennie, z rana między 10 — 3 a 11—3, i popołudniu, zależnie od ciepłoty, między 4 a 6 a nawet 7. Chorych przestrzegam, by w upał nie pływali po Niemnie, gdyż to łatwo sprowadza znużenie. Zwykła przeto procedura leczenia przewlekłych schorzeń oskrzeli odbywa się w ten sposób: chory, zaopatrzywszy się w kumys, kefir lub mleko, płynie w górę rzeki, odbywa przechadzkę i odpoczywa w lesie, wreszcie, posiliwszy, się wraca do domu.

Wyniki tej arcyprostej terapii ujawniaja się bardzo prędko, gdyż już po kilku przejażdżkach chory odkrztusza daleko łatwiej, kaszel się zmniejsza. Plwocina zmienia swój charakter ropny na śluzowy, aż wreszcie ilość jej spada do minimum; jednocześnie wzmaga się znacznie łaknienie i samopoczucie ogromnie się zmienia na lepsze; chorzy zaś wkrótce tak się roznamiętniają do wiosłowania, że zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie leczenie obok usunięcia objawów nieżytu ma na celu powiększenie wagi ciała—należy ściśle określić długość przejażdżek. Szczególnie do-

broczynny wpływ wywiera wiosłowanie na osobników wątłych o słabo rozwiniętej klatce i mięśniach. Oczywiście, w wietrzną lub dżdżystą pogodę chorzy piersiowi, zwłaszcza w początkach leczenia, wiosłować nie powinni, zbiegiem czasu atoli znoszą je zupełnie dobrze.

Ten prosty sposób leczenia oddaje mi oddawna tak dobre wyniki, że śmiało mogę go wszystkim zwolennikom zabiegów fizycznych jaknajgoręcej polecić. Przeciwskazania do stosowania wiosłowania stanowić winny: skłonność do krwioplucia, zbytnie wyniszczenie chorego, wreszcie—stan gorączkowy.

Druga kategorya chorych, którym wiosłowanie widoczną przynosi korzyść—są to neurastenicy; tu wszakże postępowanie ma być nieco odmienne w tem mianowicie znaczeniu, że stan pogody nie powinien przeszkadzać przejażdżce, która też może trwać nieco dłużej. I tu wiosłowanie oddaje często nieocenione wyniki, zauważyłem bowiem, że przebywanie na rzece wśród przepięknego krajobrazu wywiera dziwnie kojący wpływ na skołatane w walce życiowej nerwy; chorzy wkrótce uspakajają się, zaczynają dobrze sypiać, odzyskują łaknienie i humor, a dzięki systematycznej pracy, którą coraz to łatwiej i sprawniej wykonywują, nabierają sił i otuchy.

O znaczeniu lasu szpilkowego dla chorych zbytecznem byłoby się rozwodzić, dodać przeto jedynie mogę, że bór naprzeciwko Birsztan leżący tem łacniej nadaje się do wyzyskania jego dobroczynnego wpływu, że: 1) leży na suchym piaszczystym gruncie, przez co w zupełności wyłącza się ujemny wpływ wilgoci, 2) posiada rozległe cięcia, młodą porosłe sośniną, która, umożliwiając operacyę słoneczną, wydziela jednocześnie daleko więcej, niż stare drzewa, eterycznych olejków lotnych, czyniąc przez to powietrze tem więcej balsamicznem. To też owe porosty stanowią ulubione miejsce wycieczek gości birsztańskich, którzy całemi godzinami wylegują się na słońcu.

Jak się już wyżej rzekło, zakład birsztański otoczony jest wzgórzami, które również wyzyskujemy w celach leczniczych, polecając chorym chodzenie po górach; malownicza zaś okolica, pieszcząca wzrok przepięknymi, spokojnymi widokami, uprzyjemnia bliższe lub dalsze wycieczki, które wśród ożywczego dziwnie czystego powietrza wywierają ożywczy wpływ na szukających w tym cichym zakątku ulgi.

Skreśliwszy w krótkich wyrazach warunki przyrodzone Birsztan, dodać jeszcze winienem, że w parku zakładowym znajdują się przyrządy gimnastyczne oraz kręgielnie. Dla uprzyjemnienia pobytu chorym codzień z rana i wieczór grywa w parku orkiestra, tudzież odbywają się zabawy we czwartki dla dzieci, a w niedziele dla dorosłych.

Bardzo ważną zaletę Birsztan stanowi iście pierwotna prostota i zupełna swoboda, co nader dodatnio wyróżnia tę miejscowość leczniczą. Warunek to bardzo ważny, ułatwia bowiem w wysokim stopniu leczenie.

(d. n.)



S. Mazurkiewicz i W. Sochacki.

Pierwszy rok zakładu dla umysłowo-chorych w Kochanówce.

(Dokończenie).

Katastrofy.

Statystyka katastrof w szpitalach dla umysłowo-chorych prowadzona jest w ostatnich latach bardziej starannie. We wszystkich szpitalach i przytułkach Szkocyi*) było na 15,845 chorych w 1901 r. ogółem 264 nieszczęśliwe wypadki, czyli 1,6°/₀, z tych 17 śmiertelnych (8 samobójstw); zaś w 1897 r. na 14,500 chorych, 12 samobójstw. W Anglii,**) gdzie, nawiasem mówiąc, na 107,944 chorych, którzy się znajdowali d. 1 Stycznia 1901 r. w zakładach, wypadało zaledwie 280 chorych, mieszkających u swoich rodzin, procent śmiertelności wynosił 10°/₀, a w szeregu przyczyn, obliczonych do ogółu zejść śmiertelnych, nieszczęśliwe wypadki stanowiły 0,37°/₀, zaś samobójstwa chorych—0,17°/₀ (razem 0,54°/₀ katastrof). W biednej Irlandyi, która wydaje obecnie 10 milionów marek rocznie na pielęgnowanie i leczenie swych umysłowo-chorych, było w d. 1 Stycznia 1901 r. przeszło 20 tysięcy chorych w zakładach, a zaledwie tysiąc u swych rodzin; z chorych szpitalnych zmarło 7,9°/₀, w tej liczbie 2 samobójstwa, 2 śmierelne uderzenia, i 3 zejścia śmiertelne wskutek oparzeń w wannie. W nowo-jorskim szpitalu Manhattan na 3,582 zejścia śmiertelne (od 1888 r. do końca 1900 r.) samobójstwo było przyczyną w 25 przypadkach — 0,7°/₀, a inne niesz-

*) Bericht über die Psychiatr. Literat. im J. 1902.
**) Ibidem.

częśliwe wypadki — w 10, czyli o 28%, (razem 0,98% katastrof śmiertelnych). W berlińskim Dalldorfie w r. 1899 na 4,034 chorych było 441 zejść śmiertelnych, w tem 3 samobójstwa i jedno śmiertelne sparzenie dziecka w wannie. W Zakładzie Préfargier w 1900 r. z 9 zejść śmiertelnych aż w 2-ch przyczyną było samobójstwo. W Alt-Scherbitz w 1896 i 7 r. z 1,164 chorych zmarło 134, w tej liczbie 2-ch samobójczą śmiercią. Przeciętnie można liczyć 0,5%—1% katastrof, t. j. samobójstw i nieszczęśliwych wypadków na ogół zejść śmiertelnych i 0,5—1% pro mille na ogół chorych. Porównanie z naszemi szpitalami w Tworkach i Jana Bożego, z powodu braku odpowiednich sprawozdań, jest niestety niemożliwe.

Pomimo pewnego bezładu wewnętrznego pierwszych paru miesięcy istnienia, wywołanego brakiem wszelkich norm zwyczajowych, które dopiero stopniowo trzeba było wprowadzać, uniknął zakład w Kochanówce katastrofy śmiertelnej, ale nie uniknął smutnych wypadków, pociągających za sobą uszkodzenia cielesne, które jednak szczęśliwie pozostały bez gorszych skutków na przebieg choroby podstawowej.

Pierwszy wypadek, który w pierwszej chwili budził nawet poważniejsze obawy, spotkał majstra fabrycznego L. A. 45 lat, który przechodził lues i był potatorem. Od Lipca 1902 r. chory zaczął tracić pamięć i zdolności krytyczne, uważał się za milionera, wykazywał zaburzenia mowy. Oddany w d. 23 Lipca 1903 r. do Zakładu, wykazywał wszystkie typowe objawy cielesne paralysis progressivae i najczęściej spotykany w tem cierpieniu stan psychiczny, mianowicie dementywno-manjakalny, ze skłonnością do gwałtownych uniesień. L. A. jak i wszyscy nowoprzybywający chorzy, został na pierwszych kilka dni pobytu położony do łóżka (na oddziale niespokojnym), zarówno w celu łatwiejszego badania i dozoru chorego, jakoteż wpojenia mu od początku tej myśli, iż będzie uważany za chorego, który powinien się leczyć, chociaż sam tej potrzeby nie widzi. Na wszelkie perswazye chory odpowiadał, iż musi natychmiast wracać do domu, gdyż w przeciwnym razie może stracić żonę i miliony. Na trzeci dzień pobytu chorego w Zakładzie, lekarz dyżurny przy wizycie porannej zastał na sali wszystko w porządku, nowy chory leżał spokojnie na łóżku, paru innych również, powietrze na sali czyste, dzięki otwartemu jednemu oberluftowi, służący—była to sobota—szorował podłogę. W pięć minut po wizycie lekarskiej zaszła katastrofa w okolicznościach następujących. Służący, któremu w wiadrze zabrakło wody do dalszego szorowania, opuścił salę „na jedną chwilę"—pomimo wyraźnego nakazu oczekiwania w takich razach na drugiego służącego — aby w sąsiednim pokoju kąpielowym wziąść trochę wody. Ta „jedna chwila" wystarczyła choremu w zupełności, aby w bieliźnie wyskoczyć z łóżka i, wybijając nogą szybę w dolnem oknie, dostać się w ten sposób do otwartego górnego i wyskoczyć na dół. Upadek nastąpił na lewą rękę i spowodował złamanie kości promieniowej; chory przytomności nie stracił. Obawy gorszych następstw okazały się na szczęście płonnemi, kość promieniowa zrosła się w ciągu paru tygodni i chory dzisiaj, w 8 miesięcy po wypadku, pomimo choroby mózgowej, trzyma się fizycznie jeszcze nieźle, wykazując nawet większą wagę ciała, niż przed katastrofą. Pytany o to, czy rozumiał doniosłość swego kroku, twierdził, iż wcale nie myślał, że zrobi sobie krzywdę tym skokiem, gdyż chciał tylko „frunąć" do żony powietrzem i zrobi to innym razem, tylko w zręczniejszy sposób.

Drugi wypadek miał miejsce również z paralitykiem postępującym, O. 34 lata, przyjętym do Zakładu w d. 19 Marca 1903 r., po 4 miesięcznym trwaniu choroby w domu, o dość szybkim, zdawało się, przebiegu, gdyż jeszcze przed oddaniem do szpitala przebył chory trzydniowy stan komatyczny. Chory, wykazujący pod względem umysłowym tylko spokojne, ale głębokie już otępienie i umieszczony na oddziele spokojnych, o godzinie 4-ej nad ranem wstał z łóżka i obudził innego chorego, również paralityka, który ze snu odepchnął O. z taką siłą, iż spowodował zwichnięcie kości łokciowej lewej. Przy natychmiastowem nastawianiu i zakładaniu opatrunku chory wykazywał zupełną amnezyę i absolutną analgesię, śmiejąc się tylko z niepotrzebnego, jego zdaniem, zabiegu. Obecnie, w pięć miesięcy po tym smutnym wypadku, ogólny stan chorego jest nie wiele gorszym, niż był w chwili przyjęcia do Zakładu.

Jak widzimy z przytoczonej w tym rozdziale statystyki i z opisanych naszych wypadków, zakłady dla umysłowo-chorych nie mogą bezwzględnie gwarantować bezpieczeństwa swych chorych—ale jednak bez najmniejszej wątpliwości dają mu takie maximum ochrony, jakiego chory ni-

gdzie po za zakładem mieć nie może. Byłoby łatwo udowodnić liczbowo to twierdzenie, gdyby była prowadzona statystyka katastrof z umysłowo-chorymi, pozostającymi na opiece rodziny. W braku tych danych liczbowych, opartych na wielkiej ilości chorych, przytoczymy dla porównania wypadki, którym ulegali chorzy przyjęci następnie do Zakładu w Kochanówce.

Ze 198 chorych, którzy znaleźli w okresie sprawozdawczym opiekę w Kochanówce, przed wstąpieniem do Zakładu 14 rzucało się z krzesłami, palącemi się lampami, nożami lub siekierami na swoje najbliższe rodzinne otoczenie, powodując pewne uszkodzenia cielesne. Dwie chore (psychozy laktacyjne) wyrzuciły swoje dzieci przez okno, jeden chory (dementia praecox) zabił swe dziecko, trzymając je za nogi i uderzając główką o studnię. Inny chory (dementia alcoholica) zadusił swoją żonę, która niespodzianie znaleziona została martwą z odciskami palców na szyi. Trzech chorych odmroziło sobie kończyny, z tych u jednego dokonaną była amputacya obu konczyn dolnych poniżej kolana. Trzech chorych wyskakiwało z okien różnych pięter, przyczem jeden z nich uległ złamaniu kości podstawy czaszki. Jeden z chorych (paralysis progressiva), siadłszy pierwszy raz w życiu na konia, przejechał jakąś kobietę. Chora na otępienie wtórne uległa zdruzgotaniu kości goleniowych wskutek przejechania przez tramwaj.

Pewien epileptyk, niezmiernie silnej budowy mężczyzna, został podczas ekwiwalentu psychicznego tak związany przez ojca i brata, iż pozostał mu nieuleczalny, zupełny bezwład prawego nerwu ramieniowego. Chora na otępienie wtórne, która przez 10 lat pozostawała zamknięta w jakiejś ciasnej komórce, dostała ex inactivitate przykurczeń w stawach kolanowych, tak silnych, iż może tylko pełzać po ziemi z pomocą rąk. Inna chora (paranoia chroniczna) wskutek 4-letniego leżenia na łóżku bez ruchu, ze zgiętemi nogami, dostała rownież przykurczeń, uniemożliwiających jej chodzenie bez pomocy. Paranoik chroniczny, który po paroletnim pobycie w łódzkim przytułku i w Kochanówce, po przejściu okresu podnieceń został w stanie fizycznego zdrowia wzięty przez rodzinę do domu, umarł w trzy miesiące później głodową śmiercią.

Ta lista, za której braki wcale jeszcze nie ręczymy, mogłaby być z łatwością znacznie przedłużoną całym szeregiem pomniejszych wypadków. Pomijając dwa przypadki, przywiezione w stanie agonii do Zakładu, jakoteż bezdomnych chorych, których poprzednie dzieje są całkiem nieznane, otrzymamy, iż ze 192 chorymi w 30 przypadkach (przeszło 15%) zaszły mniejsze lub większe katastrofy, mianowicie w 3-ch razach śmiertelne (czyli 1,56%), w 7-miu razach pozostawiające ciężkie kalectwa (czyli 3,64%) wreszcie pomniejsze uszkodzenia cielesne. Z powyższego obliczenia wynika, iż procent katastrof śmiertelnych z umysłowo-chorymi po za zakładem (1,56%) jest około 20 razy większy, niż w zakładach (około 0,75‰ pro mille).

A przecież te liczby kwestyi jeszcze wcale nie wyczerpują, gdyż nie dotykają one tych strat ekonomicznych, z któremi najczęściej połączone jest utrzymanie chorego w domu, szczególniej ubogim. Pominięta jest również zupełnie strona moralna, mianowicie zarówno wpływ ujemny, wywierany częstokroć przez chorych na otoczenie, jak i pomiatanie godnością ludzką chorych, zepchniętych niekiedy do ostatnich mętów społecznych. Jako przykład przytoczymy tylko jednę chorą (dementia post paranoiam), w zakładzie wiecznie niezadowoloną z powodu pozbawienia jej swobody. Po śmierci męża została z czworgiem dzieci, niezdolna do pracy, wyrzucona przez współlokatorów z mieszkania do jakiejś szopy, otrzymując nieco pożywienia z litości. Wskutek chorobliwie kłótliwego charakteru wyrzucono ją wkrótce i z szopy, chora z czworgiem dzieci i pozostałą jej pierzyną przeniosła się na uliczkę podmiejskiej dzielnicy, nocując pod oknami szynku. Po trzech dniach szynkarz wypędził ją i stąd, doradzając ironicznie zamieszkanie w lesie. Chora rady usłuchała i dopiero po parodniowem przemieszkiwaniu w lesie, odprowadził ją stróż bezpieczeństwa publicznego wraz z dziećmi do aresztu, z którego ją wreszcie ulokowano w Schronisku przy Łódzkim Domu Starców.

Wszystkich tych tragicznych liczb i danych nie przytaczamy bynajmniej w celu usprawiedliwienia lub złagodzenia tych dwóch wypadków, które zdarzyły się w Zakładzie przez czas sprawozdawczy. Owszem, zaznaczamy wyraźnie, iż we wzorowo urządzonych zakładach nawet z większą ilością chorych, mija niekiedy lat parę bez żadnej katastrofy śmiertelnej, nawet w rodzaju naszych, a zatem w ciągu kilkunastu miesięcy istnienia Zakładu o stu etatowych łóżkach, mógł również nie zajść żaden nieszczęśli-

wy wypadek. Przytoczyliśmy te dane z obcych szpitali, któreśmy mieli pod ręką, dla wykazania, że pewna ilość katastrof w szpitalach dla umysłowo-chorych jest dotąd smutną koniecznością, zdarzającą się bez porównania rzadziej, aniżeli katastrofy analogiczne z chorymi, pozostającymi na opiece rodzin. Ten wzgląd ostatni nie zwalnia nas jednak bynajmniej od obowiązku dążenia do ideału, polegającego na absolutnem usunięciu wszelkich nieszczęśliwych wypadków z zakładów. Zbliżać się do tego ideału możemy właśnie publikując otwarcie każdą katastrofę ze wszystkimi szczegółami, w celu wykazania przyczyn ich zajścia. Nasz pierwszy wypadek zapewne nie doszedłby do skutku, gdyby zakład rozporządzał podówczas taką ilością służby, aby na owej sali, lub przynajmniej w przyległym korytarzu, był drugi służący; drugi zaś wypadek—gdyby służący dyżurny miał zegar kontrolujący, któryby mu wciąż przypominał o obowiązku czuwania.

Zapewne, że i w pierwszym razie mogliby wyjść z pokoju, pomimo zakazu, obaj służący, i w drugim razie mógłby zasnąć dyżurny ze swoim zegarem kontrolującym w ręku; ale szanse uniknięcia wypadków byłyby jednak niewątpliwie znacznie większe.

Ucieczka chorego z zakładu dla umysłowo-chorych łączy się zazwyczaj w umyśle szerokiej publiczności z pojęciem „katastrofy" szpitalnej. Takie pojmowanie sprawy jest bezwarunkowo z gruntu błędne. Oczywiście, w każdym szpitalu jest pewna ilość chorych bądź nieprzytomnych, bądź bardzo gwałtownych lub z popędami samobójczymi i t. d. których ucieczka może łatwo doprowadzić do katastrofy. Ale prócz takich, wymagających nieustannego dozoru, jest jeszcze druga, liczniejsza znacznie kategorya chorych, którym można i należy pozostawić pewną swobodę, chociażby jej kiedy mieli nadużyć dla ucieczki. Najczęściej takie niewinne „ucieczki" zdarzają się przez czas cieplejszej pory roku, dopóki chorzy pracują w polu i ogrodzie, pozostając dzień cały na świeżem powietrzu po za murami szpitalnymi, a zatem przy dozorze z natury rzeczy znacznie luźniejszym. Jeden nasz hypochondryk, niezdolny do pracy systematycznej, pomimo ponawianych obietnic, 6 razy w ten sposób „uciekał", t. j. szedł do miasta dla widzenia się z żoną i dziećmi, jeśli go dłużej nie odwiedzały i jeśli mu się już bardzo „cniło"; z nadejściem wiosny ponowimy z nim jednak dalsze próby udzielania swobody. Inna chora (imbecillitas) „uciekła", t. j. szła do siostry swojej bez zezwolenia lekarza, cztery razy, aż wreszcie zrozumiała, iż lepiej jest odwiedzać siostrę, za uprzedniem porozumieniem się z nią i lekarzem, i już od roku pozostaje na zupełnej swobodzie, ku ogólnemu zadowoleniu. Ogółem za czas sprawozdawczy „uciekało" z zakładu w Kochanówce 7 chorych 16 razy, w tej liczbie tylko jedna prawdziwa, a zarazem dotąd bezpowrotna ucieczka chorego, opisana już poprzednio. Reszta były to właściwie spacery do domu, zapewne że niebardzo pożądane przez nieoczekujące ich rodziny chorych, ale zresztą zupełnie pod każdym względem nieszkodliwe. Jedyna ucieczka chorego, pozostającego pod ściślejszym dozorem, która mogła mieć zatem smutne następstwa, jakkolwiek szczęśliwie się skończyła, miała miejsce już w roku bieżącym, opisaną będzie zatem w sprawozdaniu następnem.

Wszystkie złe strony ucieczek są jeszcze tak drobne, iż nie mogą i nie powinny zniechęcać do systemu, który np. w Kochanówce ze 198 chorych okresu sprawozdawczego pozwolił 65, t. j. *trzeciej części ogółu chorych*, pozostawać bądź stale (31 chorych po wykazaniu polepszenia umysłowego) na swobodzie, bądź przynajmniej czasowo (34). Niema nic łatwiejszego, ale też i nic bardziej nieludzkiego i nielekarskiego, jak zaprowadzenie w zakładzie trybu więziennego, który odrazu może ograniczyć liczbę ucieczek do takiego procentu, jaki wykazują więzienia karne. Dla porównania przytoczymy, iż w berlińskim Dalldorfie w r. 1901 na 4217 chorych, było 127 ucieczek, zaś w berlińskim zakładzie Herzberge w r. 1899 na 2375 chorych 165 ucieczek.

Im staranniej prowadzonym jest zakład, tem większą jest liczba ucieczek *nieszkodliwych*, wykazuje bowiem dążność lekarzy do dania chorym maximum swobody, do zbliżenia trybu ich życia, do trybu normalnych ludzi. Brak takich „ucieczek" nasuwa mimowoli podejrzenie, iż nawet chorzy nieszkodliwi traktowani są na sposób więzienny.

Służba przy chorych.

Zasada systemu pawilonowego budynków szpitalnych dla umysłowo-chorych nie jest bynajmniej kwestyą mniejszej lub większej wygody rozmieszczenia lub pielęgnowania chorych. Jak w szpitalach ogólnych budowanie osobnych oddziałów dla osób np. gruźliczych jest za-

sadniczem dążeniem do ochrony zdrowia chorych nie-zakaźnych, tak samo pawilonowy układ szpitali dla umysłowo-chorych jest zasadniczem dążeniem do oddzielenia różnych kategoryi chorych, których współżycie wpływa wręcz ujemnie na przebieg choroby. Że towarzystwo chorego nieprzytomnego, podnieconego, krzykliwego, który nie śpi w nocy, musi działać ujemnie np. na chorego powracającego już do zdrowia, jest rzeczą jasną dla każdego i powyższa zasada cieszy się zupełnie jednozgodnem uznaniem wszystkich dzisiejszych specyalistów.

Jeśli obecność jednego chorego wpływa na stan psychiczny innego, to nie trzeba specyalnych dowodów dla ustalenia i drugiej prawdy, mianowicie, że zachowanie się ludzi zdrowych wobec umysłowo-chorych nie może również pozostać bez wpływu na tych ostatnich. Brutalne, niegrzeczne, albo tylko nieumiejętne obejście się z chorymi może już z łatwością wywołać ich nieufność, przestrach, zasklepienie się w sobie, albo stany silnego podniecenia, słowem objawy, w przebiegu każdej choroby umysłowej jednakowo niepożądane. Stąd jest wyraźnem, iż rola tych ludzi zdrowych, którzy przez 24 godziny na dobę obcują z umysłowo-chorymi, mianowicie służby szpitalnej, jest tu zupełnie inną i nieporównanie ważniejszą, aniżeli w innych szpitalach, gdzie ta rola ogranicza się do pospolitego usługiwania. W zakładach dla umysłowo-chorych *służba jest jednym z bezpośrednich czynników leczniczych*, może wpływać na chorych kojąco lub podniecająco, dodatnio lub ujemnie, może przez swoje zachowanie się ograniczyć w niektórych przypadkach użycie środków uspakajających, lub przeciwnie wywołać konieczność ich zastosowania.

Możliwość ujemnego oddziaływania służby na chorych, dochodząca do swego szczytu w peryodycznie się dotąd powtarzających łamaniach żeber, morderstwach i innych już w zakres czystej kryminalistyki wchodzących zbrodni, zaprząta już od dawna uwagę specyalistów. Najczęściej podawany środek zaradczy, mianowicie kształcenie służby przez urządzanie popularnych pogadanek psychiatrycznych, jakkolwiek niewątpliwie cenny i zaniedbywany być niepowinien, jest jednak, zdaje się, jeszcze zupełnie nie wystarczającym. Służba przy umysłowo-chorych jest ciężka, przykra i bardzo odpowiedzialna, wymaga ogromnej cierpliwości i pewnego poświęcenia się sprawie pielęgniarstwa chorych, jeśli ma być należycie wykonywaną. Całodzienne obcowanie z obłąkanymi, z których jedni drażnią zdrowych nieskończoną monotonią swoich ruchów i dźwięków, inni swoją w najwyższym stopniu wyrafinowaną niekiedy złośliwością, jeszcze inni rozdzierającymi krzykami lub zasadniczo wrogiem zachowaniem się wobec każdego otoczenia i skłonnością do napastnictwa itd. itd. — wszystko to stanowi odwrotną stronę medalu, która w połączeniu z poczuciem, że jedna chwila nieuwagi spowodować już może katastrofę, wyradza w służących pewną dążność do ujarzmiania chorych, uczynienia ich posłusznymi na każde skinienie. Pominąwszy wyjątkowe przypadki, w których przewaga służby z konieczności może a nawet musi się przejawiać, np. w chwili, kiedy jeden chory rzuca się na drugiego, to ogółem biorąc dążność taka jest wysoce naganną. Powoduje ona w cichości, po za plecami lekarza stosowane prawo odwetu, mianowicie służący, który jest na tyle uczciwym, iż pierwszy nie uderzyłby w żadnym razie chorego, oddaje mu jednak cios, jezeli został przezeń uderzony. Znacznej większości służących postępowanie takie wydaje się zupełnie naturalnem i tłomaczenie się ich w takich razach jest zawsze jednakowem: on „pierwsy nie zaczął“, „krzywdy choremu nie zrobił“, i gdyby bezkarnie pozwolił siebie uderzyć, to „byłby ciągle bity“. Na dozorcy lub dozorczyni, nawet jeśli są po za tem dość sumienni i inteligentni, polegać w takich przypadkach również nie zawsze można, gdyż nie wszyscy wierzą w możliwość utrzymania porządku szpitalnego, jeśli się chorym pozwoli „bić służbę“. Płaskość natury ludzkiej jest powodem tego, że służący który jeszcze zniesie jakąś obelgę od chorego „pana“ z I albo II klasy, w analogicznym wypadku zapomina, że ma do czynienia z chorym, jeśli ten jest biedakiem z ogólnego oddziału.

Chorzy, skarżący się częstokroć na całkiem imaginacyjne krzywdy, w takich razach najczęściej nie skarżą się wcale, uważając za rzecz naturalną, że kiedy uderzyli, to i sami zostali uderzeni; chorzy przytomni, będący świadkami takiego zajścia, stają nawet nieraz w obronie służącego, który pierwszy został pokrzywdzony przez podnieconego chorego, bez żadnej racyi. W ten sposób ład i porządek szpitalny pozornie mogą być utrzymywane jaknajlepiej i lekarz zwiedzający oddział raz lub nawet dwa razy dziennie nie znajduje nic podejrzanego.

W przypadkach udowodnionych, że całe zajście istotnie miało miejsce w rzeczywistości, a nie w chorobliwej fantazyi chorego, postępowaliśmy zawsze z całą bezwzględnością, usuwając natychmiastowo winnych i powołując się na umowę, zawieraną z każdym służącym przed jego przyjęciem do szpitala.

Pod względem doboru służby, Kochanówka znajduje się niewątpliwie w wyjątkowo pomyślnych warunkach. W większych szpitalach o kilkuset lub tysiącach łóżek, rola ordynatorów ogranicza się z natury rzeczy do codziennego zbadania stanu zdrowia chorych i wydania odpowiednich zleceń lekarskich, zaś po za wizytą lekarską chorzy pozostają prawie wyłącznie na opiece służby. W szpitalach zaś średnich rozmiarów, jak Kochanówka, lekarz, będący jednocześnie aptekarzem, felczerem, kasyerem, buchalterem, gospodarzem i wszystkiem w jednej osobie, zmuszony jest z natury rzeczy od rana do wieczora przebywać przy chorych, lub w aptece i kancelaryi, znajdujących się w tym samym budynku, a zatem przez dzień cały ma na oku i chorych i służbę. Jeśli taka sytuacya wyklucza możność fachowej pracy teoretycznej lekarzy, chcących sumiennie spełnić swe obowiązki, to na tem chorzy wychodzą z pewnością jaknajlepiej — wiedzą lub czują, że nie są w zależności od służby, a tylko od lekarzy. Opieka lekarska jest w takich razach również ciągłą, jak w najstaranniejszych zakładach prywatnych o małej ilości chorych a względnie znacznej ilości lekarzy.

Takie warunki ułatwiają poznanie i odpowiedni dobór takiego personelu służbowego, który nie tylko że „nie robi żadnej krzywdy choremu“, ale staje się z czasem prawdziwym *współpracownikiem* lekarza w dziale pielęgnowania chorych. Jeśli się służącemu nie wświdruje do mózgu myśli o konieczności pewnego poświęcenia się opiekuńczego dla chorych, to, będąc pokrzywdzonym, odda on zawsze uderzenie choremu, a jeśli się po za plecami lekarza już dobrze przyzwyczai do tej metody odwetowej, to nawet człowiekowi uczciwemu zdarzyć się może, iż w chwili uniesienia wymierzy cios z większą siłą niż zamierzał, a wystarczającą do złamania kilku żeber, lub katastrofy śmiertelnej, jaka miała np. miejsce w ostatnich czasach w jednym ze szpitali francuskich. Wypływałby stąd wniosek praktyczny, iż w dużych szpitalach należałoby ustanowić prócz ordynatur, większą ilość posad młodszych lekarzy miejscowych; i drugi wniosek praktyczny, iż służba przy umysłowo-chorych powinna być zawsze dobrze płatna, gdyż ludzie chętniej się poświęcają za większe pieniądze, niż za mniejsze.

Sprawa służby w Kochanówce ma swoje małe dzieje. W pierwszem półroczu było to ciągłe va et viens służby i dozorczyń; ciągłe zmiany tak prędko i smutnie wsławiły zakład w łódzkich kantorach stręczeń, że niekiedy pomimo starań tygodniami nie mogliśmy zdobyć nowych kandydatów lub kandydatek. W drugiem półroczu mniej więcej połowa służby ustaliła się już na dobre w szpitalu, zaś w ostatnich kilku miesiącach nie potrzebowaliśmy już ani razu się zwracać do kantorów stręczeń, zapełniając rzadko wakujące miejsca zgłaszającymi się ponownie do zakładu lepszymi charakterami z pomiędzy tej służby, która odchodziła „na własne żądanie“. Kara pieniężna w okresie sprawozdawczym nie stosowaną była nigdy, ani za inne przewinienia, ani tembardziej za system odwetowy, który był karany usunięciem z zakładu w ciągu 24 godzin. Ilość służby przy chorych obojga płci, wynosząca początkowo 10 osób, wzrosła wraz ze zwiększeniem się liczby chorych w końcu roku ubiegłego do 22. W ciągu tych 15 miesięcy opuściło służbę aż 25 osób, z tych 13 oddalonych za brutalne zachowanie się wobec chorych, zaś 12 osób na własne żądanie, niekiedy po kilku dniach lub tygodniach służby, która się okazywała dla nich zbyt ciężką. Nadto usunięte były dwie starsze dozorczynie za udowodnione ukrywanie przed lekarzem przewinień służby wobec chorych.

Sięgając do starszych jeszcze dziejów pielęgniarstwa umysłowo-chorych w Łodzi, spostrzegamy, iż początkowo przedsiębrano pewne środki ostrożności w celu ochrony służby przed gwałtownymi chorymi. „Sprawozdanie z działalności Łódz. Chrześ. Tow. Dobr.“ za rok 1897 podaje, iż ku końcowi tego roku w Schronisku dla umysłowo-chorych przy Domu Starców było 19 chorych, mianowicie 3 mężczyzn i 16 kobiet, i że pomimo tak ogromnej przewagi liczebnej kobiet, personel służbowy składał się—z 1 kobiety i 3-ch mężczyzn. Tę dysproporcyę tłomaczy „Sprawozdanie“ tem, iż dyżury nocne, a także dzienna opieka nad niespokojnymi chorymi obojga płci, należały wyłącznie do służących mężczyzn, zaś pielęgniarka miała do czynienia tylko z chorem

spokojnemi. Sprawozdania z lat następnych wykazują, iż ten stosunek liczbowy służby płci obojga do chorych, stawał się stopniowo normalnym.

W Kochanówce od początku trzymaliśmy się zasady „wzmocnionej ochrony" chorych przed służbą. Pensyonarze klasowi, a także chorzy słabi lub przytomni, nie potrzebują jej; ale należy przedsiębrać właśnie specyalne środki ostrożności w celu ochrony mianowicie gwałtownych chorych z oddziału ogólnego przed systemem odwetowym służby. Służba zbyt krewka i barczysta została usunięta, charaktery najłagodniejsze dane właśnie do chorych gwałtownych i bójki pomiędzy chorymi, będące początkowo zjawiskiem codziennem, stały się stopniowo przykrym, ale już rzadkim ewenementem szpitalnym; w razie zaś rzadkich napaści chorego na służącego, lekarz znajduje siniaki lub podrapanie na tym ostatnim, a nie na chorym, i tem rzadziej, im łagodniejszego charakteru jest służący. Dalszy krok na drodze postępu w omawianej kwestyi zamierzamy zrobić wkrótce przez zaprowadzenie służby żeńskiej na odziale spokojnym męzkim—reforma bardzo pożądana ze względu na dobry wpływ łagodniejszego elementu kobiecego na chorych.

Ilościowo stosunek służby do chorych w Kochanówce był w czasie sprawozdawczym zupełnie niedostateczny, gdyż przeciętnie wypadał 1 służący na 6 chorych z ułamkiem. Przyjmując pod uwagę, że nad całym personelem służbowym jest tylko jeden dozorca i jedna dozorczyni, że pensyonarzom I klasy daje zakład osobnege służącego, że stosunek 1:6 nie jest dostatecznym nawet dla chorych spokojnych, a w Kochanówce przez czas sprawozdawczy był duży procent chorób o przebiegu ostrym, wymagających zatem znacznie ściślejszej opieki, że wreszcie wskutek różnych braków miejscowych, wywołanych niewykończonem jeszcze urządzeniem szpitala, służba była obciążona wielu pobocznemi zajęciami, których nie spełnia gdzieindziej, uznać musimy ten stosunek za bezwarunkowo niewystarczający, nawet dla dużych szpitali, gdzie przy wielkiej ilości chorych i służby łatwiej jest o odpowiednie rozmieszczenie, a tembardziej—dla mniejszych.

Ten brak był niewątpliwie głównym powodem, dla którego Kochanówka nie uniknęła w czasie sprawozdawczym tych nieszczęśliwych wypadków, któreśmy poprzednio opisali; to też jak tylko finanse zakładowe na to pozwoliły, zmieniliśmy stosunek 1:6 w końcu roku ubiegłego na nieco lepszy, jakkolwiek jeszcze niedostateczny dla małego zakładu, stosunek jednego służącego na 5 chorych (a właściwie należałoby dojść przynajmniej do tego stosunku 1:5, ale po wykluczeniu zeń służby pierwszoklasowej). Dostateczna ilość służby jest rzeczą niezmiernie ważną nie tylko ze względu na bezpieczeństwo chorych i na możność wciągania ich do pracy, wyprowadzanie na dalsze spacery, rozrywki itd. co w monotonnem życiu chorego ma ogromną doniosłość, ale także ze względu na to, iż służba mniej przygnębiona i przeciążona pracą, bardziej ceni posadę i łatwiej w razie potrzeby znosi kaprysy lub gwałtowność chorego.

Dyżury nocne, niezmiernie ważne ze względu na częstość katastrof nocnych w razie niedbałego ich traktowania, są tygodniowe, odbywają się kolejno i podczas ich trwania służący w dzień zwolnieni są całkowicie od pracy.

Ciężka to jest praca w razie sumiennego jej wypełniania, i próżniacze życie służby, w razie jej niesumienności; trzeba tu nietylko wielkiej cierpliwości, ale także pewnej inteligencyi i umiejętności obejścia się z chorymi. To też nie należy nigdy zapominać, iż duże wymagania od służby przy umysłowo-chorych można stawiać tylko wtedy, jeśli się ją za to odpowiednio wynagradza. W Holandyi według v. Daveuter'a*) wprowadzono egzamina pielęgniarskie po dwuletniej służbie w zakładzie; Gallus**) opisuje stosunki służbowe w holenderskim zakładzie Maerenburg—pielęgniarki są i na wielu męzkich oddziałach; zakład posiada osobny dom dla sióstr miłosierdzia, osobne sanatoryum dla wypoczynku pielęgniarek, bardzo już zasobne, pomimo krótkiego istnienia, stowarzyszenie pielęgniarek, mające na celu dalszy postęp sprawy pielęgniarstwa umysłowo-chorych itd., itd. Tego rodzaju urządzenia, ułatwiające służbie korzystanie z jej praw ogólno-ludzkich, i wytchnienia po długiem, męczącem obcowaniu z umysłowo-chorymi, połączone z rzeczywiście dostateczną ilością służby i dobrem wynagrodzeniem, nie mogą być nigdy i w żadnych warunkach zastąpione chociażby najściślejszą i najsurowszą kontrolą. Gołosłowne zachęcanie do ideowego współpracownictwa ludzi mało inteligen-

*) Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie za rok 1902.

**) Ibidem.

tnych, wyczerpanych pracą, pozbawionych rozrywki, nieszczególnie płatnych i t. d. może wywierać tylko skutek szybko przemijający. Innemi słowy, jeśli chcemy, ażeby służba nietylko że nie łamała żeber i nie mordowała naszych chorych, ale żeby istotnie z oddaniem się sprawie, delikatnie i umiejętnie ich pielęgnowała, to mamy na to jeden tylko środek — każdy zakład *powinien jaknajtroskliwiej zadawalniać wszelkie potrzeby życiowe, w szerokiem znaczeniu tego wyrazu, nie tylko chorych, ale i zdrowych, którzy się nimi opiekują.* Dopóki warunek ten spełnionym nie będzie, wszelkie tak zachwalane przez współczesną psychiatrię środki, jak odczyty popularne raz, lub nawet dwa razy na tydzień, mogą wydać tylko bardzo problematyczne rezultaty, albo nawet stać się jednym więcej niemiłym ciężarem obowiązkowym dla ludzi gruboskórnych, bez żadnego wykształcenia i poczucia delikatności, niezdolnych do zrozumienia tego, że odpłacenie się choremu, jeżeli nie kułakiem, to przynajmniej paru bieżącemi przekleństwami, może mieć cośkolwiek zdrożnego w sobie. Zrozumieją to należycie tylko ci, którzy mają już większe wymagania życiowe, ale wtedy zakład musi je zadawalniać. Stąd jasną jest rzeczą, dla czego w bogatych zakładach prywatnych, o ile są starannie prowadzone, skargi lekarzy i chorych na służbę są o wiele rzadsze, aniżeli w dużych szpitalach państwowych. Zadowolnimy chorych tylko wtedy, jeżeli jednocześnie zadowolnimy i ich służbę.

O życiu chorych w Zakładzie.

Wymogi psychiatryi współczesnej co do trybu życia umysłowo-chorych w zakładach, z pominięciem chorych fizycznie i uleczalnych, streszczają się krótko w zdaniu, iż należy tryb ten o ile możności zbliżyć do trybu życia umysłowo zdrowych. Przekonaliśmy się w Kochanówce, iż zadanie to jest zmudnem i ciężkiem, wymagającem długich miesięcy pracy, jeśli wymaganie powyższe stosowanem jest do chorych, którzy przez lat 4 albo 5, spędzali dzień każdy, jeden jak drugi, wśród czterech nagich, zamkniętych i dobrze okratowanych ścian, pod dozorem służby, bez lekarza miejscowego. Naturalnym wynikiem takiego trybu życia, którego jedyne urozmaicenie polegało na codziennych bójkach tych lub owych chorych pomiędzy sobą lub ze służącymi, było takie zdziczenie chorych, iż podejście do nich lekarza lub osoby obcej wymagało wręcz dużej odwagi cywilnej.

Warunki, w których się znalazła biedna gromadka tych 50 chorych, przewiezionych ze Schroniska w Łodzi do Kochanówki, bynajmniej nie ułatwiły szybkiego zaprowadzenia reform. Służba, w połowie nie nadająca się do pielęgniarstwa chorych, przyzwyczajona do poskramiania chorych przy każdej okazyi kaftanem, z wielką trudnością oswajała się z nowymi warunkami. Początkowe ciągłe zmiany w składzie służby wymagały nieustannej baczności na elementarne zasady bezpieczeństwa chorych. Każde przewietrzenie pokojów przez otwieranie okien było połączone z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż służba, przyzwyczajona do krat żelaznych w Schronisku, bardzo często pozostawiała okna otwarte lub niedomknięte. Sprytniejsi chorzy robili sobie z blaszanych łyżek klucze do okien, lub też za pomocą wyciśniętych z okien szyb, odkręcali śruby od zawiasek okiennych.

Dwa zasadnicze braki Kochanówki z pierwszego okresu jej istnienia dawały się dotkliwie odczuwać na każdym kroku, dążącym do zaprowadzenia reform: brak wody i mała ilość służby. Niemożność stosowania tak skutecznego środka nasennego i uspakajającego, jakim jest dłuższa ciepła kąpiel, zmuszała do zastępowania jej kocami, lub co gorsza, środkami aptecznymi, lub wreszcie, co najgorsza—w razie niedostateczności powyższych środków i braku służby, nawet izolacyą, lub środkami przymusowymi.

Z takimi chorymi, z taką służbą i w takich warunkach, stosowanie ślepe humanitarnych zasad współczesnej psychiatryi byłoby nieoględnością, która musiałaby doprowadzić do szeregu najcięższych katastrof. Niemogąc na razie dać chorym najlepszych środków, mianowicie ciepłej kąpieli i dobrej opieki, musieliśmy wybierać pomiędzy środkami, które są najmniejszem złem.

W pierwszych najtrudniejszych miesięcach nie można było uniknąć stosowania nawet najgorszego ze wszystkich środków, mianowicie kaftana przymusowego. Dla wyplenienia jednak utartego zwyczaju, prawo stosowania kaftana zostało od pierwszego dnia bezwzględnie odebranem dozorcy i dozorczyni. Zamiast kaftana, jako mniejsze zło, wprowadzone zostały rękawiczki, pozostawiające chorym bezporównania większą swobodę ruchów. Względnie najczęściej zmuszeni byliśmy stosować najłagodniejszy jeszcze z powyższych środków przymusowych, mianowicie izolacyę we właściwem znacze-

niu tego wyrazu, t. j. przymusowe zamykanie chorego w osobnym pokoju, wbrew jego woli.

Z prawdziwem zadowoleniem pod każdym z powyższych względów mogliśmy konstatować powolny, ale ciągły postęp. W ostatnich miesiącach, pomimo wciąż wzrastającej liczby chorych i znacznej ilości świeżych przypadków, jedyny obecnie z czterech przywiezionych ze Schroniska łódzkiego kaftanów przymusowych, wyszedł zużycia całkowicie, jeśli pominąć niezmiernie rzadkie wypadki chirurgiczne, uprawniające do użycia kaftana nawet w najbardziej drażliwych pod tym względem zakładach. Stosowanie rękawiczek, zależne w każdym poszczególnym wypadku od osobnego pozwolenia lekarza, nie jest wprawdzie zupełnie zniesione, ale ograniczone do minimum czasu i jaknajrzadszych wypadków. Izolacya właściwa stosowana jest również możliwie najrzadziej i w żadnym razie nie trwa dłużej nad kilka godzin do paru dni*).

Sposoby, za pomocą których doszliśmy do tak pożądanych rezultatów pod powyższym względem, polegały—pomijając już kwestyę służby, omówioną poprzednio — na dostarczeniu chorym zajęcia i rozrywek.

W zimie dostarczanie pracy chorym, szczególniej mężczyznom, wobec braku jakichkolwiek warsztatów, połączone jest z pewnemi trudnościami. Kobiety mają zawsze szycie ręczne i na maszynie, reperacyę bielizny, robienie pończoch, szydełkowe i inne ręczne robótki, którym się chętnie oddają. Parę chorych pracuje prawie codzień w kuchni aż do obiadu. Jedna z chorych (imbecillitas), wiejska dziewczyna, ma pod swoją wyłączną opieką nierogaciznę szpitalną, ku wielkiemu pożytkowi zakładu. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, wciągani są i zachęcani do pomocy przy wszelkich czynnościach, mających na celu utrzymanie czystości i porządku wewnętrznego—jak sprzątanie pokojów, mycie talerzy i kubków, pomoc przy chorych słabych, lub zanieczyszczających się itd., itd. Pozatem mężczyźni zajmowali się potrosze introligatorstwem, robieniem słomianek, mioteł, niektórzy byli bardzo pomocni przy reperacyi uszkodzeń instalacyi elektrycznej, lub pracowali w kuźni. Introligatorstwo, słomkarstwo i miotlarstwo, doskonale się nadające dla takich zakładów, nie wydały jednak dotąd lepszych rezultatów w Kochanówce, z powodu zbyt dorywczego traktowania i braku organizacyi, wciąż przerywanej jeszcze niedokładnościami urządzeń młodej instytucyi.

Podczas ciepłej pory roku wszystkie powyższe zajęcia zostają, zależnie od pogody, mniej lub więcej zaniedbywane na rzecz zajęć ogrodowych i polnych. Zaraz po przejechaniu z Łodzi do Kochanówki wzięli się chorzy energicznie do kopania kartofli i bywały dnie, w których trzecia część chorych, w tej liczbie niektórzy z oddziału niespokojnego, pracowali z takiem zamiłowaniem, iż własnemi siłami załatwili się wkrótce z paru morgami. Często żądali przynoszenia podwieczorku na pole, aby jeszcze nie wracać da zamkniętych murów. Kopanie rowów, przetrząsanie ziemi itd. znajdowało zwykle tylu amatorów, iż należało pożyczać łopaty od sąsiadów. Pielenie, następnie sadzenie i pielęgnowanie kwiatów należy już wyłącznie do kobiet. Słowem, wszelkie rodzaje pracy ogrodowej i polnej są nieocenionem zajęciem chorych, gdyż jednocześnie jest bardzo przez nich lubianem, bardzo hygienicznem i daje im codzień długie godziny złudzenia, iż pracują na zupełnej swododzie, jak wszyscy zdrowi ludzie.

Jeden z chorych, neurastenik hypochondryczny, po uzyskaniu polepszenia stanu zdrowia, przez szereg miesięcy był rzetelną pomocą przy miejscowym zarządzie gospodarczym. Inny chory, hebephrenik, o którym już wspominaliśmy poprzednio, zarządza szafami bibliotecznemi i prowadzi książki katalogowe i czytelnictwa. Statystyka, ułożona przezeń dla niniejszego sprawozdania na dzień 1 Stycznia 1904 r. wykazuje że zakład posiada 424 tomy i 95 roczników czasopism, z których korzystało 53 chorych (611 przeczytanych tomów) i 9 zdrowych osób (48 przeczytanych tomów). Ruch czytelniczy jest wśród chorych bardzo znaczny, i nie ręczymy za to, czy bibliotekarz zakładowy w swej książce czytelnictwa, nie zrobił czasem jakowych opuszczeń przez nieuwagę.

Potrzeby religijne chorych, wobec tego, iż zakład nie posiada żadnej kaplicy, były zadawalane w sposób bardzo niedostateczny. Pewna ilość chorych chodziła, szczególniej latem, w niedziele

*) Oczywiście, jest tu mowa tylko o izolacyi przymusowej, t. j. wbrew woli chorego, gdyż udzielenie choremu osobnego pokoju w razie, jeśli towarzystwo innych chorych drażni go i podnieca, na jego własne żądanie, lub ku jego wielkiemu zadowoleniu, z prawem przejścia na salę ogólną na każde jego żądanie, nie jest żadnym środkiem przymusowym.

i święta na nabożeństwa do poblizkiego miasteczka Aleksandrowa (3 wiorsty) albo nawet do Łodzi. Wielu jednak chorych uczestniczyć w takich wycieczkach dalszych nie mogło i dla tych w przeszłym roku mogła być na miejscu urządzona tylko spowiedź, zaś w tym roku odbyło się w odpowiednio urządzonej sali, przy wzniesionym ołtarzu, nabożeństwo katolickie i ewangielickie, tak iż chorzy odnieśli już wrażenie prawdziwej uroczystości religijnej.

W ostatnich czasach muzyka i śpiew zaczynają odgrywać coraz większą rolę w pawilonach, szczególniej kobiecym, wskutek starań inteligientniejszej od poprzednich dozorczyni. Gra fortepianowa daje się słyszeć w obu pawilonach prawie codzień, śpiew chóralny jest dotąd nową zdobyczą tylko kobiet. Ogromne powodzenie u chorych mają niedzielne podwieczorki taneczne, odbywające się od dłuższego już czasu dość regularnie co tydzień. Początkowo brały w nich udział tylko kobiety, z postępem zaś uspołecznienia chorych, od jakiegoś pół roku, uczestniczą w nich również i chorzy mężczyźni. Służba zakładowa bierze udział w tańcach, ale pod warunkiem, aby zdrowi tańczyli wyłącznie tylko z chorymi, a nigdy pomiędzy sobą. Bezwzględnie wykluczeni są chorzy cieleśnie, a zatem przedewszystkiem organiczne cierpienia układu nerwowego; przeważają na sali tanecznej chorzy chroniczni, z pomiędzy ostrych zaś dopuszczani bywają stany podnieceń, które nie doprowadziłyby do osłabienia fizycznego. Zamiana bezładnie podnieconych ruchów mięśniowych tych chorych na harmonijny ruch taneczny, byle nie nadmiernie przedłużany, zdaje się jaknajlepiej działać nie tylko na usposobienie chorych, ale nawet przeciwko ich bezsenności. Ku końcowi zabawy chorzy się już zazwyczaj dopytują, czy aby następnej niedzieli odbędą się znowuż tańce.

Nadspodziewanie wielką przyjemnością dla chorych, szczególniej niespokojnych, okazały się gromadne ich spacery po parku. Całodzienne nawet siedzenie latem chorych niespokojnych w malutkim ogródku, okolonym szczelnie zabitym, wysokim płotem, nie może nigdy zastąpić —jak to wykazywały szczególniej przy pierwszych spacerach wprost uszczęśliwione miny najbardziej otępiałych chorych— gromadnej przechadzki po 30 morgowym parku, ogrodzonym całkiem zwyczajnym płotem wiejskim. To też nie tylko latem, ale i w zimie odbywają się zawsze w dniach pogodnych takie przechadzki, o ile zakład rozporządza odpowiednią ilością ciepłego ubrania i obuwia i może wysłać z pawilonu paru służących.

Wszystkie te drobne, a jednak niezmiernie ważne zajścia i rozrywki chorych, mają stokroć większe znaczenie od urządzonych parę razy do roku uroczystych, wielkich przedstawień, właśnie przez to, iż są codzienne i codziennie wywierają wpływ na chorego. Chorzy, (mowa tu przeważnie o chronicznych) rozumieją lub odczuwają, iż są przedmiotem czyjejś zabiegliwości i tracą stopniowo, lub przynajmniej łagodzą swoje wrogie zachowanie się i podejrzliwość względem innych ludzi. Zadowolenia wszystkich tych chorych osiągnąć oczywiście nie można nigdy, gdyż stają temu na przeszkodzie, z jednej strony bredzenia chorobliwe pewnej kategoryi chorych, z drugiej, wyrwanie ich z domu i rodziny i ograniczenie swobody. Każde zajęcie, każda rozrywka, są prawdziwem dobrodziejstwem dla chorych przytomniejszych, bo odrywają ich nietylko od urojonych strapień, ale i od rzeczywistej troski i tęsknoty od rodziny i wolności, których najstaranniejsza nawet opieka zakładowa zastąpić oczywiście nie może.

Tak więc w zakładach umysłowo-chorych mogą się zdarzać doskonale nie tylko szalone wybuchy gniewu lub bezzasadnej, chorobliwej radości i nie tylko przygnębienie lub smutna rezygnacya, ale i jasne chwile spokojnego zadowolenia i pogodnej wesołości. Za to umieją być i chorzy wdzięczni, odwiedzając nie raz po wyzdrowieniu w dnie pogodne dawniejszych towarzyszów swojej niedoli w zakładzie; i w tych tak smutnie wśród publiczności osławionych zakładach dla umysłowo-chorych nie musi być znowuż tak bardzo źle, jeśli się zdarza, iż chorzy, czując nawrot choroby, zgłaszają się niekiedy powtórnie sami, a jedna z byłych pacyentek Kochanówki, będąc nawet zupełnie zdrową, przyjechała z prośbą, czyby nie można jej przyjąć do pawilonu „na letnie mieszkanie.“

Pomimo wszelkich braków, które zresztą stopniowo zostaną usunięte, jak to wykażą dalsze sprawozdania roczne nasze, lub naszych następców, zakład w Kochanówce jest bez kwestyi prawdziwem dobrodziejstwem dla Łodzi. I jeśli Warszawa (Towarz. Opieki nad umysłowo-chorymi) zdobyła się na rzecz dobrą, mianowicie przytułek dla spokojnych chroników w Drewnicy, to Łódź—oddajemy jej pod

tym względem sprawiedliwość — wyprzedziła Warszawę kolosalnie, bo stworzyła, nawet chronologicznie wcześniej, nie przytułek, ale prawdziwy szpital dla wszelkiego rodzaju umysłowo-chorych, nie wykluczając ani gwałtownych chroników, ani też uleczalnych, słowem, nie wykluczając wszystkich tych, których Drewnica odsyłać musi do szpitala Jana Bożego lub w Tworkach.

Jeśli prywatnych przytułków jest w Europie zachodniej dość znaczna ilość, to prywatny szpital dla umysłowo-chorych jest rzadkością zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Kochanówka będzie bezwątpienia zapisana „na dobro“ Łodzi i jej Towarzystwu Dobroczynności w bilansie dziejów szpitalnictwa krajowego.



O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

(Dalszy ciąg)

Przejdźmy teraz do prawodawstw, w których istnieją specyalne przepisy, omawiające uchybienia lekarzy.

Artykuł 870 rossyjskiego kodeksu kar głównych i poprawczych, powtórzony w przepisie 89 Ustawy lekarskiej, opiewa dosłownie:

„Gdy władza lekarska uzna, że lekarz, chirurg, akuszer lub akuszerka z przyczyny nieznajomości sztuki, powodują jawne, mniej więcej ciężkie błędy, wykonywanie praktyki będzie im wzbronione aż do złożenia nowego egzaminu i otrzymania świadectwa znajomości rzeczy“.

Druga część tego artykułu brzmi:

„Jeżeli następstwem wadliwego leczenia będzie śmierć innej osoby lub ciężki dla zdrowia uszczerbek, sprawca, jeśli jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej wedle zarządzenia jego władzy duchownej.“ *)

Z treści powyższego artykułu wynika, że prawodawstwo rossyjskie przewiduje błędy, które popełni lekarz z przyczyny braku doświadczenia lub niewystarczających wiadomości fachowych, czyli że prawodawca ma na uwadze usterkę techniczną w ścisłem znaczeniu. Niema natomiast w omawianym artykule żadnej wzmianki o odpowiedzialności lekarza za uszkodzenia, wynikające z przyczyny niedbałego wykonywania przez lekarza obowiązków zawodowych. Uwzględnienie odpowiedzialności lekarza za tego rodzaju uchybienia znajdujemy jedynie w projekcie do prawa karnego, wydania z r. 1845. Tam, w dziale traktującym o odpowiedzialności lekarzy, istnieje uwaga, która zaznacza, iż lekarz, jeśli w stanie nietrzeźwym przepisze choremu lekarstwo i spowoduje śmierć chorego lub wykona niedbale operacyę i t. d., podlega pokucie kościelnej, artykuł zaś 870 może być do niego tylko wówczas zastosowany, gdy wymienionych uchybień, a stwierdzonych przez władzę lekarską, dopuści się kilkakrotnie.

Jeżeli jednak zwrócić uwagę na to, że pokuta kościelna stanowi nie tyle karę, ile raczej rodzaj uspokojenia opinii publicznej, wyda się dziwnem owo łagodne traktowanie przez omawiany projekt uszkodzeń, powstałych z przyczyny niesumiennego i niedbałego wykonywania przez lekarza obowiązków powołania. Niektórzy komentatorowie prawa rossyjskiego utrzymują, że pozostawienie tego rodzaju uchybień bez kary byłoby w niezgodzie z duchem prawodawstwa. To też najwybitniejsi przedstawiciele palestry rossyjskiej, w osobach Tagancewa i innych, wyprowadzają odpowiedzialność lekarzy za uszkodzenia, zrządzane na zdrowiu chorych z przyczyny niedbałego traktowania obowiązków, z artykułów 1466, 1468 kod. kar głównych i poprawczych, omawiających ogólne zasady odpowiedzialności za nieostrożne spowodowanie śmierci lub kalectwa, oraz z art. 110 tegoż kodeksu, stanowiącego, że kara się zwiększa, gdy sprawca był szczególnie do ostrożności obowiązany. *)

Oto dosłowne brzmienie wzmiankowanych artykułów:

Art. 1466: „Kto bez zamiaru dokonania zabójstwa, dopuści się czynu sprzecznego z przepisami, ochraniającymi bezpieczeństwo osobiste i porządek społeczny, i czego następstwem, chociażby nieoczekiwanem, będzie śmierć czyjakolwiek, podlega karze:

zamknięcia na czas od 2-ch do 4-ch miesięcy.

Jeżeli jednak przestępstwo w kodeksie jest wyższą zagrożone karą, naten-

*) Уложенie о наказанiяхъ уголовныхъ и исправительныхъ. 5-ое дополненное изданie. 1875.

*) Н. С. Таганцевъ: „О преступленiи противъ жизни по русскому праву. 1870.

czas karę wyższą wymierzyć należy, z zasady artykułu 152 o zbiegu przestępstw. W każdym razie, jeżeli sprawca jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej według uznania swej władzy duchownej".

Art. 1468: „Gdy od czynu, prawem niezakazanego, od którego nie można było oczekiwać z prawdopodobieństwem złych następstw, lecz jednakowoż wykonanego z nieostrożnością, nastąpiła śmierć czyjakolwiek, natenczas winny lub winni nieprzedsiębrania odpowiednich środków ostrożności, zależnie od okoliczności i warunków, przewidzianych w art. 110 kod. niniejszego, podlegają karze:

albo zamknięcia na przeciąg czasu od 2 do 4 miesięcy,

albo aresztu od 3 dni do 3 miesięcy,

albo surowemu napomnieniu w obecności sądu.

W każdym razie, jeśli sprawca jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej wedle decyzyi swej zwierzchności duchownej."

Art. 110: „Zakres kary, w prawie przewidzianej, za przestępstwo niezamierzone zwiększa się, gdy ten, który się dopuścił występku, był dzięki swemu stanowisku lub okolicznościom obowiązany do oględnego postępowania; karygodność zmniejsza się, gdy czyn nie był przeciwprawnym i szkodliwych tegoż następstw nie można było z łatwością przewidzieć, lub gdy sprawca uniósł się zbytnią przy wykonywaniu swych obowiązków gorliwością. Kiedy nieostrożność, która spowodowała nieszczęście, usprawiedliwić się daje okolicznościami i szkoda zrządzona nie tak łatwo przewidzieć się dawała, to sprawca ulega jedynie napomuieniu."

Kodeks karny austryacki z 1852 r. zawiera następujące postanowienia, dotyczące zajmującej nas sprawy:

Art. 356: „Lekarz, który przy leczeniu chorego takie popełnił błędy, iż nieumiejętność jego stała się widoczną, winnym jest przekroczenia, jeżeli z tego powodu nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, a jeżeli śmierć nostąpiła, staje się winnym występku i dla tego wykonywanie sztuki lekarskiej dopóty sobie wzbronionem mieć będzie, dopóki w nowym egzaminie nie dowiedzie, że nabył brakujących mu wiadomości".

Art. 357: „Tej samej karze podlega chirurg, jeżeli przez niezręcznie wykonaną operacyę, spowoduje następstwa, wyłuszczone w poprzednim artykule."

Specyalne przepisy o odpowiedzialności lekarzy za szkody, zrządzane na zdrowiu pacyentów, istnieją w ustawach karnych: bawarskiej, würtemberskiej i węgierskiej.

Wedle brzmienia artykułu 17 kod. bawarskiego z r. 1813 lekarz dyplomowany jest karany, jak za przestępstwo ciężkie, jeśli zrządzi uszczerbek na zdrowiu chorego z przyczyny braku zwykłych wiadomości oraz zwykłej zręczności, niezbędnych przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Art. 251 ust. karnej würtemberskiej stanowi, że uszkodzenia na zdrowiu, zrządzane przez lekarza, lub spowodowanie śmierci chorego przez nieostrożność, pociągają za sobą, prócz zwykłej kary za tego rodzaju przestępstwa, pozbawienie prawa do sprawowania obowiązków zawodowych.

To samo przewiduje i kod. kar. węgierski: zależnie od stopnia winy, prawo wykonywania czynności zawodowych może być zawieszone na czas pewien lub na zawsze. *)

. . . .

Z zestawienia rozmaitych prawodawstw wynika:

1. Odpowiedzialność lekarzy za szkody, zrządzane na zdrowiu pacyentów, w żadnem prawodawstwie współczesnem nie jest pominięta.

2. Szkody zrządzane przez lekarzy na zdrowiu pacyentów mają jednocześnie i cechy występku karnego i cechy występku cywilnego.

3. Wzgląd powyższy wytwarza dwie skargi: karną, dążącą do wywołania kary, oraz cywilną—o wynagrodzenie szkód i strat, powstałych z zaniedbania lub czynu lekarza. Pierwsza, jako dotycząca przekroczeń obowiązków powołania, podlega dochodzeniu z urzędu i należy do władzy prokuratorskiej, druga — do pokrzywdzonej jednostki.

4. Większość prawodawstw nie posiada wprawdzie specyalnych przepisów, dotyczących odpowiedzialności lekarzy, lecz odpowiedzialność lekarzy wyprowadza się z ducha prawa oraz z ogólnych zasad, omawiających karygodność uszkodzeń na zdrowiu, spowodowanych nieumyślnie.

5. Jedynie tylko w prawodawstwach: rossyjskiem, austryackiem, bawarskiem, würtemberskiem i węgierskiem istnieją specyalne przepisy, przewidujące uchybienia, o jakich mowa.

---

*) Оноприенко (l. c.) стр. 80.

6. Odpowiedni przepis ustawy karnej rossyjskiej ma na uwadze jedynie uszkodzenia, spowodowane brakiem przygotowania naukowego. O karygodności uszczerbków na zdrowiu, wynikających z niedbałego wykonywania obowiązków zawodowych lekarza, istnieje zaledwie wzmianka i to w projekcie do kodeksu karn. wydania z r. 1845.

7. Jednakże kryminaliści rossyjscy oraz praktyka sądowa rossyjska wyprowadzają karygodność tego rodzaju uchybień z ogólnych przepisów, omawiających występki przeciw nietykalności ciała.

Niezmiernie ciekawem jest stanowisko, zajmowane przez prawodawstwa europejskie wobec niedyplomowanych lekarzy, w wypadkach zrządzania uszczerbku na zdrowiu osób, przez nich leczonych.

I tak, z treści art. 230 Deutsch. Str.-G. B. wypływa, że w razie zrządzenia szkody na zdrowiu chorego przez nie-lekarza, sprawca karany jest grzywną do wysokości 900 marek lub więzieniem do 3 lat.

Podobny stosunek istnieje i w prawodawstwie austryackiem.

Art. 343 kod. austr. brzmi: „Kto, nie posiadając przygotowania lekarskiego ani prawa do wykonywania praktyki lekarskiej lub chirurgicznej, zajmuje się nią, jako procederem, a zwłaszcza jeżeli stosuje magnetyzm zwierzęcy lub znieczulanie przy pomocy eteru, staje się winnym wykroczenia i karany będzie zamknięciem, a stosownie do tego, jak długo proceder ten uprawiał i jak wielką zrządził szkodę — ulega surowemu zamknięciu od 1 do 6 miesięcy; w wypadku zaś zrządzenia osobie drugiej śmierci — ulega karze, przewidzianej w art. 355 K. K.“*)

Art. 344 kod. austr: „Jeżeli sprawca jest cudzoziemcem, zostaje po odcierpieniu kary wydalony z krajów koronnych Cesarstwa.“

A oto odpowiednie przepisy rossyjskiego prawodawstwa.

Art. 104 Ustawy karnej (wyd. 1885): „W wypadku zrządzenia szkody na zdrowiu przez osobę, zajmującą się leczeniem bez upoważnienia władzy i za opłatą, sprawca podlega karze nie większej nad 3 miesiące aresztu lub karze pieniężnej nie przewyższającej rb. 300.“

*) Artykuł wymieniony grozi aresztem na przeciąg czasu od 1 do 6 miesięcy lub surowem zamknięciem od 6 miesięcy do 1 roku, za jawną nieostrożność w czynności zawodowej, zależnie od tego, czy następstwem czynności jest ciężkie uszkodzenie zdrowia, czy też śmierć innej osoby.

Art. 99 Ross. Ustawy lekarskiej: „Za używanie środków trujących lub silnie działających przy wykonywaniu praktyk leczniczych przez osoby nie mające do tego prawa, winni podlegają karze, przewidzianej w § 104 Ust. karn., przyczem wzmiankowane materyały zostają konfiskowane na rzecz miejscowych zakładów dobroczynnych.

Artykuł ten nie stosuje się jednak do osób, które bezinteresownie, radą swą, lub środkami leczniczymi, niosą chorym pomoc“.

A więc zarówno w prawodawstwie niemieckiem, jak i w austryackiem i rossyjskiem, za jedno i to samo przestępstwo, popełnione przez lekarza i nie-lekarza, istnieje pod względem zakresu karygodności znaczna różnica: partacza dosięga kara mniej surowa.

Wzmiankowana nierówność w obliczu prawa uwidocznia sięjeszcze bardziej, jeśli zwrócić uwagę na to, że uszkodzania na zdrowiu, zrządzane przez lekarza, podlegają dochodzeniu karnemu z ramienia oskarżyciela publicznego, szkody zaś, zrządzane przez partaczy — jedynie na skargę osoby poszkodowanej (§ 232 Deutsch S. G. B). Prócz tego, niezbędnym warunkiem do ukarania partacza, gdy zrządził komu uszczerbek na zdrowiu, jest wykazanie, że praktykę lekarską uprawiał już poprzednio, jako proceder, a to nie zawsze jest rzeczą łatwą (Uchwała niem. Reichsgericht'u: Jahrg. 1882. IV. p. 113, art. 104 ross. ust. kar., art. 99 ross. ust. lek.)

A teraz pytanie:

Jakimi pobudkami kieruje się polityka karna, stanowiąc za jedno i to samo wykroczenie, dokonane przez lekarzy i partaczy, tak rozmaite kary?

Zkąd taka nierówność w wymiarze sprawiedliwości?

Wyższą karygodność uszczerbku, niebacznie zrządzonego przez lekarza w porównaniu z uszczerbkiem, zrządzonym przez nie-lekarza, możnaby wyprowadzić z faktu, że w uchybieniu lekarza zbiega się naruszenie obowiązków powołania. Na wymiar więc kary wpływałby tu stosunek moralny, w jakim pozostawał sprawca do osoby obrażonej, lekarz bowiem z natury swego powołania ma szczególny obowiązek czuwania nad zdrowiem pacyenta.

Wzmiankowaną nierówność w wymiarze sprawiedliwości możnaby również wy-

prowadzić i z zasady prawnej, głoszącej, że kara powinna być rozwiązywana odnośnie do stopnia oświaty i uobyczajenia ludzi. A więc lekarz, który otrzymał wyższe wykształcenie i którego położenie społeczne wyróżniło, posiadł i większą od partacza możność należytego pojmowania obowiązku.

Takimi, najprawdopodobniej, względami kierowali się prawodawcy przy rozwiązaniu będącej w mowie sprawy. Jednakże zasada łagodniejszego traktowania szkód, zrządzanych przez partaczy, nie jest zupełnie słuszna. Niepodobna bowiem zaprzeczyć, że osoba nie mająca wykształcenia lekarskiego, gdy spowoduje uszczerbek na zdrowiu chorego, zasługuje na karę surową już chociażby dla tego, że, biorąc na siebie sprawy leczenia, wprowadza w błąd nieświadomą rzeczy publiczność i pozbawia chorego pomocy racyonalnej.

To też najsprawiedliwiej, mojem zdaniem, rozwiązuje rzecz, o której mowa, sądownictwo angielskie.

Do niedawna jeszcze sądy angielskie rozróżniały karygodność uszkodzeń, zrządzanych na zdrowiu pacyentów przez lekarzy powołanych od takichże uszkodzeń, zrządzanych przez osoby niepowołane i zapatrywało się na omawianą rzecz inaczej zupełnie, niż to czynią inne prawodawstwa, a mianowicie, karało surowiej uchybienia partaczy. Obecnie można zauważyć w praktyce sądowej angielskiej zwrot: dziś w Anglii nie-lekarz jest postawiony pod względem karygodności na równi z lekarzem.

(Dok. nast.).



Prace tymczasowej Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dalszy ciąg)

Na mocy wszystkiego, cośmy powyżej powiedzieli, wywnioskować łatwo, iż za niewielkimi wyjątkami zastąpić możemy wody mineralne obce krajowemi, a *w żadnym razie* nie mamy potrzeby stosować wód niemieckich. Tymczasem dotąd postępowaliśmy wręcz przeciwnie, i wszelkie Emsy, Kissingeny, Obersalzbrunny i t. p. miały u nas ogromny popyt ze szkodą dla przemysłu krajowego i kieszeni spożywców.*)

Dodątek. O przetworach zdrojowych. O przetworach ze zdrojów krajowych da się powiedzieć naogół bardzo niewiele.

1. Ług, służący do przyrządzania kąpieli mamy: Buski (flak.—55 kop.), Ciechociński (flak.—30 kop.), Druskienicki (flak.—50 k.), Iwonicki, Morszyński, Rabczański, Rymanowski i Solecki (Nb. w sprzedaży znajdują się te tylko przetwory, których podajemy cenę).

2. Sól gorzką do użytku wewnętrznego mamy Morszyńską, (100 gramów — 90 kop.) Z solanek wyrabiają się do wzmocnienia kąpieli sole: Ciechocińska, Druskiennicka (funt — 25 k.), Iwonicka ($^1/_2$ kilo — 1 r. 20 k.!), Rabczańska (kilo—1 r. 50 k.); do wewnętrznego użytku służy sól Rymanowska.

3. Pastylki mamy Krynickie (pudełko — 80 kop.) i Szczawnickie.

4. Muł solankowy znajdujemy w Ciechocinku (funt 4 kop.); siarczany—w Busku (funt 15 kop.), Lubieniu, Solcu, Swoszowicach, Truskawcu.

5. Borowina solankowa wyrabia się w Ciechocinku, Iwoniczu i Rymanowie; siarczana — w Busku, Lubieniu, Pustomytach, Solcu, Swoszowicach i Truskawcu; żelazista — w Krynicy, Nałęczowie i Żegiestowie. O ile jednak nam wiadomo, żaden z tych zakładów leczniczych nie zaczął eksportować swej borowiny w postaci wyciągów, rozpowszechnionych zagranicą.

6. Wyciągi roślinne posiadamy następujące: jodłowy — Krościeński i Szczawnicki (do wziewań); sosnowy do kąpieli: Druskienicki (flakon — 1 r.), Grodziski;

*) Powyższy odczyt został wygłoszony w Lubelskiem Tow. Lek, w d. 18 Kwietnia 1903 r., poczem zapadła następująca Uchwała Towarzystwa w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych

„*Wychodząc z zasady, że należy popierać wody mineralne krajowe, które pod względem składu chemicznego nie tylko nie ustępują wodom obcym, ale w wielu wypadkach nawet je przewyższają i są przytem tańsze, Lubelskie Towarzystwo Lekarskie uchwaliło zobowiązać wszystkich swoich członków do używania wód krajowych i stosowania wód obcokrajowych tylko według podanego spisu z zastrzeżeniem pierwszeństwa dla wód krajowych*".

Usunięte zostały z użycia wszystkie wody obcokrajowe prócz: Vichy (z ograniczeniem na rzecz Krościenka), Hunyady Janos i Franz Joseph (z ograniczeniem na rzecz Morszyńskiej). Zalecono też możliwie ograniczone użycie wód: 1. Karlsbad, Marienbad, Franzensbad (Salzquelle), Tarasp. 2. Contrexéville, Vittel. 3. Mitteibad, Levico, Roncegno, Srebrenica, Guberquelle.

(flak. — 50 k.) i Jabłoński (flak.—50 k.) świerkowy — Krynicki (fl.—1 r.) Wymienić też tu można olejek sosnowy Krynicki (ol. pini pumilionis) i wodę leśną warszawskiego laboratoryum chemicznego.

Wnioski.

1. **W działe wód mineralnych naturalnych możemy zupełnie obejść się bez Niemiec.**

2. W ogromnej większości przypadków wody mineralne obcokrajowe zastąpić możemy krajowemi.

2. Wody mineralne krajowe przeważnie wyżej stoją od odpowiednich wód obcych pod względem składu chemicznego.

4. Wody mineralne krajowe są bezwzględnie tańsze od zagranicznych.

5. Pożądanem byłoby, żeby wszystkie źródła galicyjskie miały swych przedstawicieli w Warszawie i żeby ceny wód były ujednostajnione.

6. Żałować należy, że niektóre bogate źródła polskie, jak Głębokie, Truskawiec i inne,—nie eksploatują dotąd owych wód na wywóz, oraz że większość źródeł nie zorganizowała sprzedaży swych przetworów.

7. **Lekarze polscy powinni zobowiązać się do stosowania wód mineralnych krajowych, które, będąc tańszemi od zagranicznych, nie są od nich gorsze.**

8. Publiczność polska powinna niemniej przyczyniać się do wyparcia wód mineralnych niemieckich i zastąpienia ich swojskiemi.

Piśmiennictwo.

Przy opracowywaniu działu wód mineralnych korzystałem źródeł: *L. Korczyński* — Zarys balneoterapii i balneografii krajowej 1900 r. *); *Dobrzycki* — Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacye klimatyczne w Królestwie Polskiem 1896 r.; *Dobrzycki* — Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko — Medycyna 1902 r.; *St. Kozłowski* — W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych — Medycyna 1903 r.; *Glax*— Lehrbuch der Balneotherapie 1897—1900; *Bertenson i Woronichin* — Mineralnyja wody w Rosyi i zagranicej; *Klinge* — Proizwodstwo iskustwiennych mineralnych wod 1902; *Manquat* — Traitè de thèrapeutique, de matière mèdicale et de pharmacologie 1896; *Tappeiner* — Lehrbuch der Arzneimittellehre 1899; oraz liczne broszury o naszych zdrojowiskach, nadesłane mi przez miejscowe zarządy.

DZIAŁ III.

Narzędzia chirurgiczne wogóle.

Opracował Dr. **Adam Majewski.**

Przy zestawianiu cen narzędzi chirurgicznych ścisłe porównanie jest możliwem jedynie u fabrykantów tej samej narodowości, gdyż wyrabiają oni narzędzia jednego typu i w katalogach grupują je podobnie; u narodowości odmiennych narzędzia jednakowo nazywane i do tegoż celu służące różnią się często znacznie — w formie samego instrumentu i jego oprawy—co, wpływając na cenę, uniemożliwia ścisłe zestawienie.

Typy narzędzi najprostszych: (ceny w rublach i kopiejkach).

*) Wobec licznych zgłoszeń kolegów z prowincyi zaznaczam, iż wymienione powyżej dzieło doc. *Lud. Korczyńskiego* z Krakowa traktuje wyczerpująco sprawę o wszystkich zdrojowiskach i miejscowościach leczniczych na całym obszarze ziem polskich i podaje wszelkie dane, tyczące się wód mineralnych polskich.

Nazwa Fabryki:	Collin	Aubry	Genisson.	Simal	Drosten	Schmidt	Windler	Walb.	Rychlik	Weiss	Krohne	Stille	Mann (Jodłowski)
	Ruble i Kopiejki												
Nożyczki chir.	1.14	1.14	— 85	—.85	1.00	—.95	—.95	—.75	1.00	—.75	—.75	1.40	—.90
Pinceta 1 szt.	1.14	1.14	—.85	—.60	—.95	— 95	—.95	—.75	1.16	—.75	—.75	1.60	—.70
Péan 1 szt.	1.52	1.35	—.95	—.72	1·57	1.40	1.18	—.95	1.10	1.40	1.40	1.20	—.80
Nóż 1 sztuka	1.52	1 35	1.15	1.15	—·92	1.17	—	—.95	1 10	1.40	1.40	1.60	—.80
12 igieł	1.52	1.52	1.15	—.85	1.60	1 40	—	1 40	—	—.95	—.95	1.20	—.80
Imadło 1 szt.	5,25	4.90	3.40	2.85	6.60	4,70	4.00	3 85	3 30	6.50	6.50	3.20	1.44
1 Łyżeczka Volkman.	3,00	3.00	2.25	1 85	4,62	1.90	1.60	1,60	—	3 10	3.10	2.40	1.35
Ekarter Far. para	2.65	2.65	1.70	1.70	—	1.60	2.35	2·35	—	4.08	5.00	2.40	1,60
1 Pacquelin	35.00	34.00	23.00	—	39.00	33,00	—	—	29.00	35.00	35.00	30.00	23.00
1 Potain	21.00	21.00	15.00	—	—	—	—	13 00	—	25,00	25.00	16.00	14.40
1 Tonsillotom	10.00	9.00	6.75	—	11.80	12.40	12.40	10 50	11.80	—	—	10.00	7.20
1 Intubator	57.00	57.00	37.00	—	51,00	50.50	—	46.50	—	—	—	40.00	41.40

Narzędzia fabryk zagranicznych obliczone są bez kosztów cła i przesyłki, co należy uwzględnić przy porównywaniu cen tychże z cenami fabryk polskich. Firmy Genisson i Simal ustępują 25%, firmy Rychlika i Manna oraz Jodłowskiego — 10% od cen katalogowych, co zostało uwzględnione przy obliczeniach powyższej tablicy. Firma Collin ustępuje zwykle 10%; przy sprowadzaniu narzędzi Collinowskich za pośrednictwem Agencyi francusko-polskiej w Paryżu (agent w Lublinie p. Chotkowski, Hotel saski) można otrzymać od 10—25% ustępstwa.

Zestawiając narzędzia francuskie fabryk Collin'a, Aubry, Genisson'a i Simal'a zgodnie z załączoną tabliczką, dochodzimy do wniosku, że najdroższymi z nich są narzędzia Collin'a; narzędzia fabryki Aury są od nich tańsze w przybliżeniu o 5%;
Genisson'a „ „ „ o 25%;
Simal'a „ „ „ o 30—40%;

Narzędzia belgijskie firmy Drostena pod względem typów są zbliżone do francuskich; od Collin'owskich są one na ogół trochę tańsze, w pojedyńczych jednakże rubrykach przewyższają je ceną. Zestawiając grupę niemiecką, widzimy, że najdroższe są narzędzia Schmidta;
narzędzia Windlera są od nich tańsze o 5%;
„ Walba „ „ o 25%;

Narzędzia czeskie firmy Rychlika zarówno co do typu, jak i co do cen są zbliżone do niemieckich i w stosunku do narzędzi Schmidta są o 15% tańsze.

Zestawiając narzędzia francuskie z niemieckiemi, widzimy, że najdroższe z niemieckich (Schmidt'a) są o 10—15% tańsze od Collin'owskich. Narzędzia firm angielskich Weiss'a i Krohne-Sesemania zawierają w katalogach swoich wiele instrumentów oryginalnych, są w typach swoich bardzo urozmaicone, a dział noży mają tak bogaty, zarówno co do wielkości formy, jak i co do oprawy, że przewyższają tem wszystkie inne fabryki. Co do cen, są one u obu tych firm prawie jednakowe, a naogół nieco (około 5%) niższe od cen Collin'a.

Narzędzia polskie firm Manna i Jodłowskiego mają szczegółowe i dobrze zestawione katalogi z bogatym wyborem narzędzi. Ceny ich są nizkie, tak, że pod tym względem wytrzymają konkurencyą z najtańszą z zestawionych firm—niemiecką Walb'a; w wielu rubrykach ceny te są nawet niższe od cen Walb'a, tem więcej, że do tych ostatnich należy doliczyć koszta cła. Porównanie jakościowe również wypada na ich korzyść: narzędzia Manna — z kilku ostatnich lat—są grubo i dobrze niklowane i nie niszczy ich nawet kilkoletnie użytkowanie szpitalne przy ciągłem wygotowywaniu. Narzędzia niemieckie np. Walb'a po parumiesięcznem użyciu (w szpitalu św. Wincentego w Lublinie) obłażą z niklu; nawet najdroższe narzędzia niemieckie fabryki Schmidt'a są niklowane nieszczególnie i po 1—2 latach trzeba je niklować nanowo. Narzędzia niemieckie są wogóle ciężkie i u najlepszych nawet fabrykantów—średnio wykończone; o jakościowem porównywaniu ich z narzędziami Collin'a nie może być mowy.

Pod tym względem fabryka Collin'a zajmuje miejsce wyłączne i tak zręcznych, trwałych i dobrze wykończonych narzędzi, jak są jej narzędzia, dostać gdzieindziej nie można. Narzędzia angielskie pod względem jakości stali stoją bardzo wysoko: noże (obu wymienionych firm: Weiss i Krohne) okazały się doskonałymi (w szpit. św. Wincentego w Lublinie) i przewyższają nawet noże Collin'a, których stal jest nieco za miękka. Narzędzia stalowe szwedzkiej fabryki Stille'go, chociaż mają uznaną opinią, u nas okazały się nieszczególnemi, zwłaszcza brzytwy (aseptyczne, bez rączek).

Wobec tych danych formułujemy, że: gdzie przy kupnie narzędzi zwróconą jest uwaga przedewszystkiem na ich stronę jakościową, tam dotychczas z narzędziami Collin'a i stalowemi angielskiemi nasze firmy konkurować nie mogą; gdzie jednakże kupującemu chodzi o instrument dobry, trwały i niedrogi, a samo wykończenie jest rzeczą mniejszej wagi, tam kupować należy jedynie u naszych fabrykantów, gdyż dają oni towar lepszy i tańszy od wyrabiających *tego gatunku* narzędzia firm obcokrajowych.

Niemiecka produkcya—cała, wraz z najdroższemi ich fabrykami, zaliczoną być musi ze względu na jakość wyrobów do produkcyi drugorzędnej; ich tańsze firmy (np. Medicinisches Waarenhaus, Medic.-Polytechn. Union w Berlinie, z przedstawicielstwem w Odesie) wyrabiają podrzędną tandetę; narzędzia wybitniejszych firm nie są lepsze od narzędzi warszawskich.

Co do urządzeń i przyborów do sal operacyjnych, to, nierobiąc szczegółowych zestawień, niezmiernie trudnych ze względu na szeroki i urozmaicony rozwój tego rodzaju produkcyi — zaznaczamy jedynie, że sala operacyjna aseptyczna, zbudowana w szpitalu św. Wincentego w Lublinie w Końcu 1902 r. według wszelkich naj-

nowszych wymagań aseptyki — powstała *bez udziału produkcyi niemieckiej*. Umywalki, przybory do płynów, suchy sterylizator do szkła mamy z firmy francuskiej Flicateaux; autoklaw, filtr Chamberland'a—z firmy Adnet w Paryżu; posadzkę z wyrobionymi narożnikami i zaokrąglonem przejściem na ściany od firmy Flicoteaux; farbę porcelanową (nb. doskonałą) do pokrycia ścian sali operacyjnej—z firmy „Le Ripolin" (Paryż-Amsterdam).

Jedynie sterylizator do narzędzi i destylator do wody mamy od Lautenschläger'a z Berlina, a i to dlatego tylko, że sprowadziliśmy je zanim zwróconą została uwaga na konieczność zerwania z produkcyą niemiecka; w dodatku szczegółowy *kosztorys, przygotowany już dla nas według cennika Lautenschlägera, w zestawieniu z rzeczywistymi kosztami, okazał się wyższym.*

Ze wszystkich obecnych urządzeń jesteśmy w zupełności zadowoleni. Przybory ruchome sali operacyjnej (stoły, stoliki, szafy etc.) wykonała dla nas firma Braci Boczkowskich w Lublinie. Dostać je jednakże można—niedrogie, dobre i w dużym wyborze—w fabryce Konrada Jarnuszkiewicza i Sp. w Warszawie.

Objaśnienie nazw fabryk:

A. Fabryki narzędzi chirgicznych.

A u b r y: Aubry, 6, Boulevard St.-Michel, Paris (France).

C o l l i n: Collin et Cie, 6 rue de l'Ecole de Médecine Paris (France).

G e n i s s o n: Genisson et Vaast, 23 rue Racine Paris (France).

S i m a l: B. Simal, 5, rue Longe, Paris (France).

L ü e r:*) Maison A. Lüer (Wulfing-Lüer), 6, rue Antoine-Dubois Paris (France).

D r o s t e n: Robert Drosten, 49, rue du Marais, Bruxelles (Belgique).

K r o h n e: Krohne and Seseman 14, Barrett Street, W. London (England).

W e i s s: John Weiss and Son, Ltd, 287, Oxford Street, W. London (England).

S t i l l e: Alb. Stille, Kaplansbacken № 3, Stockholm (Schweden).

R y c h l i k: Jindrich Rychlik, nározi Ovocné ul. a Jungmannova nám., Praha (Czechy).

M a n n: A. Mann, Warszawa, Tłomackie 3.

J o d ł o w s k i: J. Jodłowski, Warszawa, Marszałkowska 144 (róg Rysiej).

Oprócz wymienionych ostatnio dwu firm polskich, wiemy jeszcze o istnieniu 4 innych fabryk, a mianowicie: B a l u k i e w i c z a w Warszawie (wobec niedrukowania przez p. B. cennika nie możemy podać o tej firmie, która zresztą nie chciała nawet przyjąć udziału w ostatniej wystawie urządzeń szpitalnych i hygienicznych podczas zjazdu hygienistów w Warszawie, żadnych szczegółów); N i t e c k i e g o, nagrodzona na wystawie spożywczej w Łodzi (o firmie tej nie wiemy nic, nawet nie mamy jej adresu); i W. A. K a s p r o w i c z a—w Poznaniu (przyjmowała udział w wystawie przy zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie r. 1900) oraz E d w a r d a N o w a k o w s k i e g o w Wiedniu.

B. Fabryki wyrabiające przybory do sal operacyjnych, stoły, łóżka szpitalne, sterylizatory etc i inne narzędzia szpitalne.

A d n e t: E. Adnet, 38, Boulevard Saint-Michel, Paris (France): wyrabia specyalnie sterylizatory i materyały opatrunkowe;

D r o u e t: G. Drouet, 74 Avenne Parmentier Paris (France): kuchnie szpitalne.

D u p o n t: Fabricant breveté 10, rue Hautefeuille, Paris (France): łóżka, fotele i wózki dla chorych.

F l i c o t e a u x: Flicoteaux, Borne et Boutet, 83, rue du Bac, Paris (France): urządzenia sal operacyjnych; przedstawiciel w Warszawie inż. Gustaw Kamieński, al. Jerozolimska 25.

G e n e s t e, H e r s c h e r e t Co*), Paris (France): kamery dezynfekcyjne, autoklawy, pralnie i kuchnie parowe dla szpitali; przedstawiciele w Warszawie: dom techniczno-handlowy Ludwik Piekarski, Skupieński i Co. (pożądanem byłoby, aby wymienieni przedstawiciele drukowali cenniki firmy Geneste—Herscher i w języku polskim).

L e q u e u x ing. (Maison Wiesnegg), 64, rue Gay-Lussac, Paris, France; sterylizatory, przybory laboratoryjne.

„L e R i p o l i n:" Francuskie Towarzystwo Anonimowe Fabryk lakierów emaliowych — Paryż-Amsterdam; przedstawiciele w Warszawie pp. Ruziewicz i Lindelfeld, ulica Zielna 11.

Wszelkie przyrządy i narzędzia francuskie sprowadzać można za pośrednictwem Agencyi polsko-francuskiej („Agence france-polonaise commerciale et indu-

*) Przedstawiciel w Warszawie inż. Gustaw Kamieński, al. Jerozolimska 25.

*) Adres dokładny tej firmy brzmi: Société des Etablissements Geneste, Herscher et Cie, 40—42 rue du Chemin-Vert, Paris (France).

strielle—Wydżga, Horwitz et Studnicki 21, rue du Louvre, Paris (I-er) France—agent w Lublinie p. Antoni Chotkowski, Hotel Saski", filia w Warszawie Nowogrodzka 34; w Krakowie Sławkowska № 1.

Gostyński—Fabryka łóżek szpitalnych urządzenia do sal operacyjnych—w Warszawie; skład przy ulicy Wierzbowej, róg Kotzebue.

Konrad Jarnuszkiewicz i Sp.—łóżka szpitalne, stoły i szafki do sal operacyjnych etc. w Warszawie.

Petz—sterylizatory—w Warszawie ulica Smolna, Teofil Petz.

Witt Adolf—sterylizatory, autoklawy w Warszawie, Leopoldyny 11.

(d. c. n.)

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne

Sprawozdanie Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za rok 1903.

Rok sprawozdawczy był pierwszym rokiem istnienia naszego Towarzystwa, które otwarte zostało 13 Grudnia 1902 r. W dniu powyższym odbyło się pod przewodnictwem kol. Juljana Majkowskiego pierwsze ogólne zebranie członków, na którem większością głosów wybrano: na Prezesa—starszego lekarza szpitala Ś-go Mikołaja w Busku, kol. Juljana Majkowskiego; na Wice-Prezesa--młodszego lekarza szpitala Ś-go Kazimierza w Radomiu, kol. Franciszka Kosickiego; na członków zarządu: 1) starszego lekarza szpitala starozakonnych w Radomiu, kol. Henryka Fidlera i 2) emer. lekarza m. Radomia, kol. Jana Przychodzkiego; na Sekretarza: lekarza wolnoprakt. kol. Wacława Cennére'a; na Skarbnika: lekarza wolnoprakt., kol. Antoniego Szczepaniaka; na Bibliotekarza—dymis. lekarza wojskowego kol. Józefa Kondratowicza.

W dniu otwarcia Towarzystwo liczyło 66 członków rzeczywistych oraz 1 członka współdziałacza. W liczbie 66 czł. rzeczywistych — było 48 lekarzy, 1 doktór nauk przyrodn., 1 lekarz weterynaryi i 16 prowizorów farmacyi. W ciągu roku sprawozdawczego z powyższej liczby ubyło skutkiem wyjazdu z gub. Radomskiej 2 lekarzy, 1 lekarz weterynaryi oraz 4 prowizorów farmacyi, czyli razem ubyło 7 członków; w tymże okresie czasu przybyło: 4 lekarzy, 1 prowizor farmacyi, oraz 1 członek-korespondent, w końcu więc roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło: 64 członków rzeczywistych (50 lekarzy, 1 doktora nauk przyrodn. i 13 prowizorów farmacyi), 1 członka korespondenta oraz 1 członka współdziałacza. W liczbie 50 członków-lekarzy było: 29 (100%) zamieszkujących w m. Radomiu i 21 (45,6%) praktykujących w obrębie gub. Radomskiej, zaś w liczbie 13 farmaceutów—było: 11 (84,6%) zamieszkałych w m. Radomiu, oraz 2 (6%) z gub. Radomskiej.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 11 posiedzeń, a mianowicie: 3 Grudnia 1902 r., 3 Stycznia, 7 Lutego, 7 Marca, 4 Kwietnia, 2 Maja, 6 Czerwca, 5 Września, 3 Października, 14 Listopada i 5 Grudnia 1903 r. Na każdem posiedzeniu było obecnych średnio 32 członków, co stanowi 51% ogólnej liczby wszystkich członków; maximum—47 (72%), minimum — 25 członków (40%). Nadto w posiedzeniach uczestniczyło ogółem 10 gości wprowadzonych przez członków Towarzystwa.

Cały szereg posiedzeń wypełniły odczyty w liczbie 19 i 10 pokazów, prócz tego na posiedzeniach tych rozpatrywano napływającą do Towarzystwa korespondencyę, rozpatrywano sprawy bieżące oraz dokonywano wyborów członków Zarządu, komisyi Rewizyjnej i innych komisyi, zgodnie z § 35 Ustawy. Z ogólnej liczby 32 członków, którzy w ciągu roku zabierali głos na posiedzeniach, 16 wystąpiło z dłuższymi odczytami lub mniejszymi komunikatami.

Pod względem treści odczyty i pokazy dzielą się jak następuje:

Z dziedziny chorób wewnętrznych było 2 odczyty i 1 pokaz.

Z dziedziny chirurgii było 2 odczyty i 1 pokaz.

Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych było 5 odczytów i 2 pokazy.

Z dziedziny chorób nerwowych 1 odczyt i 1 pokaz.

Z dziedziny chorób skórnych było 1 odczyt.

Z dziedziny syfildologii było 4 pokazy.

Z dziedziny laryngo—i rinologii było 4 pokazy.

Z dziedziny hygieny było 3 odczyty i 1 pokaz.

Wreszcie o zadaniach i celach Towarzystwa 3 odczyty; oraz w sprawach bytowych lekarzy 1 odczyt.

Największa zatem liczba odczytów była z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych, a mianowicie:

Tadeusz Rakowski wypowiedział rzecz p. t. „O leczeniu gorącki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejże zapomocą metody Fochier'a" (druk. w „Nowin. Lekarskich". Z. 10. 1903 r.) w której, na zasadzie własnych spostrzeżeń, przychodzi do wniosku, iż metoda Fochier'a, z przyczyny braku odpowiednich innych środków, jest obecnie jedyną metodą racyonalną w praktyce położniczej.

Raszkes Henryk w odczycie swym: „O używaniu rękawiczek w praktyce położniczej" (druk. w Żurnale Akuszorstwa i Żenskich bolezniej" T. XVII, № 11, 1903 r.), porównawszy wyniki prowadzenia 600 porodów na klinice prof. Winckel'a w gumowych rękawiczkach z wynikami otrzymanymi przy prowadzeniu w tejże samej klinice i w tym samym roku, również 600 porodów, lecz bez rękawiczek, twierdzi, iż używanie rękawiczek gumowych przy porodach wcale nie wpływa na zmniejszenie liczby zachorowań na gorączkę połogową i z tego powodu wątpi, aby rękawiczki te mogły mieć szersze zastosowanie w praktyce położniczej.

Stanisław Idzikowski mówił „O rozszerzaniu szyi macicznej zapomocą tępych narzędzi" (druk. w „Czasop. Lekar." № 3, 1904 r.). Zaakcentowawszy znaczenie powyższego rozszerzania dla rozpoznania cierpień macicy, oraz dla przyśpieszenia porodu, prelegent drobiazgowo opisał sposoby stosowania w tym celu instrumentów (laminaryi, sond, dilatatorów Ellingera, Bossi i in., balonów etc.), przytaczając przeciwskazania i wskazania do użycia każdego z nich. Podczas odczytu demonstrowane były odnośne instrumenty.

Więcej kazuistyczny charakter miały 2 następne komunikaty: Henryka Raszkesa: pierwszy p. t. „Przypadek powikłania porodu i okresu poporodowego różą twarzy" — ciekawy ze względu, iż sprawa wzajemnego związku róży i gorączki połogowej nie jest jeszcze roztrzygnięta, w drugim zaś—p. t. „Przyczynek do kazuistyki pierwotnych nowotworów pochwy" R. przytacza rzadki przypadek tego rodzaju nowotworu, przyczem rozpoznanie mikroskopowe, wobec braku wiadomości co do pochodzenia guza, pozostało w zawieszeniu: czy był to „śródbłoniak", czy też „nadnerczak?" (druk. w „Med." № 32 i 33, 1903 r.).

Tadeusz Rakowski przedstawił: 1) foetus papyraceus i 2) 3-miesięczny płód.

Henryk Raszkes—mikroskopowe preparaty organów płciowych kobiecych.

Z dziedziny chorób wewnętrznych, Henryk Fidler wygłosił odczyt p. t. „Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej" (druk. w „Kron. Lek." str. 627, 1903 r.). Prelegent na zasadzie licznych prac w omawianej dziedzinie dochodzi do następujących wniosków: 1) gruźlica jest zaraźliwą; 2) zawdzięcza swe powstanie laseczniknowi gruźliczemu; 3) usposobienie dziedziczne gra nieznaczną rolę w powstawaniu gruźlicy; 4) odziedziczenie gruźlicy—jako takiej—należy do niezmiernie rzadkich wypadków; odziedzicza się jedynie zmniejszoną odporność tkanek; 5) niektóre cierpienia i zawody wytwarzają anatomiczne usposobienie do gruźlicy, już to przez cierpienie gruczołów chłonnych, towarzyszące pewnym sprawom chorobowym (odra, koklusz), lub błony śluzowej dróg oddechowych (grypa, nieżyty), już to przez mechaniczne uszkodzenia tejże błony śluzowej (szlifierstwo, kamieniarstwo i t. p.); 6) gruźlica należy do bardzo rozpowszechnionych chorób; 7) gruźlica w gubernii Radomskiej jest częstem zjawiskiem i zabiera corocznie daleko więcej ofiar, aniżeli cholera w 1894 r.

Opierając się na powyższych danych statystycznych, Julian Majkowski zachęca do energiczniejszej, niż dotąd walki z gruźlicą, uważając za najodpowiedniejszy ku temu środek wzniesienie sanatoryum gubernialnego dla chorych gruźliczych. Gubernia Radomska posiada bardzo sprzyjające warunki do urzeczywistnienia tego projektu, posiada bowiem w swym obrębie odnogę gór Sto-Krzyzkich i znaczne przestrzenie leśne, a bogato rozwinięty przemysł fabryczny, zużywający obecnie znaczne sumy pieniężne na mało skuteczne leczenie swoich chorych gruźliczych, mógłby, przez zobowiązywanie się do erekcyi i utrzymania pe-

wnej liczby łóżek w projektowanym sanatoryum gubernialnem, przyczynić się do urzeczywistnienia powyższego projektu. Projektodawca zachęca Towarzystwo Lubelskie, a w szszególności kolegów, stojących na straży zdrowia robotników fabrycznych — do dokładniejszego opracowania powyższego projektu, spodziewając się także poparc,a ze strony sfer rządowych i pomocy materyalnej od szerokich kół naszego—zawsze ofiarnego—społeczeństwa. Zanim jednak przyjdzie do skutku wybudowanie i urządzenie sanatoryum gubernialnego dla suchotników, M. zachęca do jaknajrychlejszego zaprowadzenia w szpitalach gubernii Radomskiej sanatoryjnej metody leczenia, przez urządzenie werend i leżalni dla chorych gruźliczych. *Ogólne zebranie, podzielając w zupełności wywody kol. Majkowskiego, poleciło wydziałowi hygieny szpitali i uzdrowisk opacowanie w tym względzie odpowiedniego memoryału.*

Henryk Fidler przedstawił tonometr Gärtner'a.

Z dziedziny chirurgii Leon Fuksiewicz odczytał rzecz p. t. „Przypadek ostrej niedrożności kiszek wyleczony zapomocą wysokiej dawki atropiny" i na zasadzie przypadków ogłoszonych w ostatnich czasach dochodzi do przekonania, że najpewniejszym środkiem w przypadkach wewnętrznego uwięzgnięcia jest wcześnie podjęta operacya; w przewlekłych przypadkach niedrożności można stosować atropinę, która przynosi ulgę, zmniejszając bóle, napięcie brzucha i rozszerzając światło kiszki.

Zygmunt Kołodner zakomunikował „Przypadek marskości wątroby leczony operacyjnie sposobem Talma'y", przemawiając za najwcześniejszą interwencyą chirurgiczną w każdym przypadku marskości wątroby z puchliną brzuszną.

Tadeusz Rakowski przedstawił chorego z osteo-sarcoma sterni.

Z działu chorób skórnych był jeden odczyt, mianowicie Juljan Majkowski wygłosił rzecz p. t. „O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego" (druk. w „Med." № 16—17, 1903 r.), w której podał drobiazgowo praktyczne wskazówki co do rozpoznawania i leczenia najczęstszych swędzących wysypek dziecięcych.

Z zakresu syfildologii Edmund Drewnowski odczytał: „Przejawy późnego przymiotu dziedzicznego"; w odczycie tym prelegent poruszył sprawę zaraźliwości 3-cio rzędnych objawów syfilisu, powołując się w tym względzie na zdania niektórych (Neisser, Jadasson) uczestników V zjazdu członków niemieckiego towarzystwa dermatologicznego w Gracu oraz w konkluzyi zwrócił uwagę lekarzy, towarzystw, rządu i społeczeństwa na profilaktykę przymiotu, stanowiącego najgłówniejszą, zdaniem prelegenta, przyczynę wyradzania się ludzkości. Doniosłość sprawy, jak i poglądy wypowiedziane przez prelegenta, wywołały żywe bardzo rozprawy, w których przyjęli udział: Majkowski, Papiewski, Szczepaniak i Fidler, przyczem ten ostatni na następnem posiedzeniu wygłosił odczyt: „O zaraźliwości 3-cio rzędnych objawów przymiotu i o dziedziczności tegoż" (druk. w „Czasop. Lekark." № 3, 1904 r.). Autor, zgodnie ze zdaniem Kaposi'ego, Fingera, Neumann'a, Lassar'a i innych twierdzi, iż w zasadzie objawy 3-cio rzędowe są niezaraźliwe, za wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, w których 3-cio rzędowe objawy występują jednocześnie z drugorzędnymi, lub gdy przymiotem są dotknięci alkoholicy, gruźliczy, cierpiący na przewlekłe zapalenie nerek, zimnicę i t. p. 2) objawy 3-cio rzędowe nie są nieodzownem następstwem zakażenia przymiotowego w przeciwieństwie do objawow 2-go rzędowych; 3) okres zaraźliwości przymiotu waha się od 2—$5^1/_2$ lat, a nawet 15, lecz jedynie pierwsze 5 lat są najniebezpieczniejsze i należy w tym okresie zabronić wstępowania w związki małżeńskie i żądać od chorych sumiennego leczenia się. Niebezpieczeństwo bowiem odziedziczenia przymiotu zmniejsza się stale w miarę oddalania się od chwili zarażenia się. Największe, prawie jedyne niebezpieczeństwo pod tym względem, przedstawia 2-gi okres przymiotu. Można wprawdzie dziedziczyć przymiot i w 3-cim okresie przymiotu rodzicielskiego, lecz to się zdarza niezmiernie rzadko. 4) Przymiot się dziedziczy albo w postaci swoistych objawów albo też w postaci dystrofii. Nie należy winić jedynie przymiotu rodzicielskiego w powstawaniu zmian dystroficznych u ich dzieci, albowiem wszelkie wyniszczające cierpienia rodziców, jako to wadliwa ich budowa, złe odżywianie (zależne od warunków bytowych) powodują płodzenie dzieci dystroficznych; jaskrawym tego przykładem jest ludność żydowska.

Z dziedziny chorób nerwowych Antoni Szczepaniak wygłosił odczyt p. t. „Wiąd rdzenia w świetle najnowszych pojęć anatomicznych i spostrzeżeń klinicznych". Przytoczywszy we wstępie teoryę neuronów w zestawieniu z najnowszymi zdobyczami na polu neurologii Apha-

thy'ego, Bochenka i Bethe'go (system nerwowy ma przedstawiać zamkniętą sieć, podobnie jak system krwionośny; zakończenia nerwów, według tych poglądów, mają nie istnieć), autor wypowiada następujące twierdzenia: 1) Wiąd jest cierpieniem całego układu nerwowego, nie zaś poszczególnych torów; 2) punktem wyjścia choroby—przednie i tylne korzonie; 3) przyczyna wiądu tkwi w wyczerpaniu się układu nerwowego skutkiem forsownych wysiłków fizycznych i duchowych, zwłaszcza gdy siły organizmu zostaną poderwane przez jakąbądź chorobę wyniszczającą. Następnie po przytoczeniu praktycznych wskazówek co do badania tabetyków, zwłaszcza sfery odruchów, autor poddaje krytycznej ocenie leczenie rtęcią, uważając takowe, w czystych postaciach cierpienia, jako wprost szkodliwe; z metod leczniczych zasługują na uwagę, zdaniem prelegenta, elektro—i balneo—terapia, gimnastyka, wyciąganie (Moczutkowski) oraz leczenie objawowe.

Matylda Kobryner przedstawiła chorą z pląsawicą, powikłaną histeryą (przypadek ten opisany został w „Kr. Lek." № 1. 1904 r.).

Laryngo—i rinologicznym kazuistycznym materyałem podzielił się Aleksander Żebrowski, który przedstawił dwóch chorych: jednego z twardzielą krtani i nosa, u którego zmiany twardzielowe w nosie i jamie nosogardzielowej wystąpiły w kilka lat od początku choroby oraz drugiego—po usunięciu przeszło 70 polipów nosowych.

Wreszcie Tadeusz Rakowski przedstawił: 1) polip nosowy długości 7 ctm. oraz 2) kamień wyłuszczony z migdała.

O zadaniach i celach Towarzystwa mówili: Julian Majkowski w mowie wygłoszonej w dniu otwarcia Towarzystwa; Ludwik Żerański w odczycie: „Kilką słów o właściwym kierunku pracy Towarzystwa Lekarskiego w Radomiu", Wacław Cennére odczytał: „Rys historyczny zawiązania Towarzystwa".

Wreszcie sprawy bytowe lekarzy znalazły rzecznika w osobie Henryka Fidlera, który w komunikacie swym: „W sprawie emerytury dla lekarzy" poruszył palącą kwesyę zabezpieczenia bytu tymże w starości lub podczas niezdolności do pracy, a rodzinom w razie ich śmierci. Na zachodzie, gdzie idea zrzeszania się została należycie zrozumiana, zostały już dawno założone różne w tym celu stowarzyszenia wzajemnego ubezpieczania się; powinniśmy, zdaniem mówcy, zdążać do tego samego, jeśli nie chcemy, abyśmy sami, lub nasze rodziny, wyciągali ręce po jałmużnę, jaką, niewątpliwie, jest zapomoga domowa z kasy wdów i sierot po lekarzach; kasa ta powstała z filantropijnych pobudek i filantropijną być nie przestała; nie posiadając dostatecznych środków, daje zasiłki bardzo skromne, lecz z drugiej strony w samem swem założeniu nie miała na widoku zabezpieczać bytu rodzin po lekarzach. My zaś nie chcemy jałmużny, lecz słusznie nam należnej emerytury za ciężką dla społeczeństwa pracę. W konkluzyi prelegent zachęca Towarzystwo do podjęcia inicyatywy w tym względzie i prosi o wybranie z pośród siebie komisyi, która by się zajęła bliższem zbadaniem tej sprawy i opracowaniem projektu kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego.

Zgodnie z powyższym wnioskiem wysadzona została t. z. komisya emerytalna, do której wybrani zostali: Wacław Cennère, Henryk Fidler (przewodn.), Matylda Kobryner (sekret.), Józef Pełczyński i Antoni Szczepaniak.

Komisya powyższa w roku sprawozdawczym odbyła 1 posiedzenie, na którem postanowiono: 1) zebrać wiadomości oraz zgromadzić ustawy wszystkich Towarzystw mających na celu zabezpieczenie bytu zszerzonym w tej lub owej postaci. Do obecnej chwili zebrano bardzo wiele materyału dotyczącego organizacyi i działalności powyższych Towarzystw i 2) zająć się zebraniem materyału statystycznego o śmiertelności wśród lekarzy Królestwa Polskiego od roku 1889 (data wprowadzenia urzędowej registracyi) do 1 Stycznia 1903 r. W celu zebrania powyższego materyału uchwalono rozesłać kwestyonaryusz do wszystkich Towarzystw Lekarskich w kraju, zaś w guberniach, w których niema Towarzystw, do życzliwych sprawie kolegów z prośbą o wyrażenie swojej opinii w kwestyi emerytury i współudział w pracach naszej komisyi.

Dotąd nadeszły już przychylne odpowiedzi wraz z wypełnionymi kwestyonaryuszami od Towarzystw Lekarskich: Lubelskiego, Kaliskiego, Płockiego oraz od kolegów: Laskowskiego z Kielc, Maluszyckiego z Siedlec i Szyszki z Łomży. Oprócz tego Towarzystwa Lekarskie: Łódzkie i Częstochowskie wyraziły szczerą gotowość zajęcia się powyższą sprawą i przyrzekły swój współudział w opracowaniu statystyki gubernii Piotrkowskiej. Nato-

miast z Suwałk nie nadesłano żadnej odpowiedzi, chociaż upłynęło już pół roku od chwili wysłania kwestyonaryusza. Jedynie Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w obszernej odpowiedzi odmówiło swego współudziału w pracach naszej komisyi i zwróciło niewypełniony kwestyonaryusz. W. T. L. podaje za powód odmowy tę okoliczność, iż dwukrotne narady przed laty w temże Towarzystwie w sprawie emerytury nie doprowadziły do pomyślnych wyników i że wreszcie istniejące stowarzyszenia finansowe, jak kasy pożyczkowe, wzajemne kredyty, tow. ubezpieczeniowe oraz instytucye filantropijne, jak kasa wdów i sierot po lekarzach, z jednej strony ułatwiają lekarzom czynienie oszczędności, korzystanie z kredytu i obracanie kapitałami, zaś z drugiej—zabezpieczają rodziny po lekarzach.

Do orzeczenia tego, niezgodnego z założeniem, z jakiego wyszło nasze Towarzystwo, wysadzając komisyę emerytalną, będziemy musieli powrócić jeszcze w roku przyszłym, gdy na zasadzie zebranych wiadomości unaocznimy konieczność założenia kasy emerytalnej dla lekarzy. Wreszcie, komisya uważa sobie za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie wszystkim Towarzystwom Lekarskim, które chętnie pośpieszyły na wezwanie naszego Towarzystwa, oraz kolegom: Laskowskiemu, Maluszyckiemu i Szysce za ich serdeczne zajęcie się wspólną nam wszystkim sprawą.

Przystępując z kolei do zdania sprawy z czynności Towarzystwa na polu hygieny, należy zaznaczyć, iż z tej dziedziny było 3 odczyty i 1 pokaz, mianowicie: Wincenty Glibowski w pracy swej: „Walka z chorobami zakaźnemi na wsi oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego ospy“ (druk. w „Czas. Lek.“ № 6 1903 r.) wskazał na niedostateczności stosowanych obecnie na prowincyi środków w walce z powyższemi chorobami, żądając: 1) wybudowanie specyalnych domów izolacyjnych; 2) zaopatrzenia każdej gminy w aparat do odkażania formaliną; 3) ustanowienia w gminach specyalnych sanitarzy dla wykonywania dezynfekcyi; 4) leczenia chorych na choroby zakaźne kosztem gminy. Co zaś do walki z ospą, autor proponuje ustanowienia większej, niż obecnie, liczby punktów szczepiennych i powierzenia szczepienia wyłącznie lekarzom za odpowiedniem wynagrodzeniem.

Józef Pełczyński wygłosił odczyt: „W sprawie walki z ospą (druk. w „Czas. Lek“. № 4, 1903 r.) Autor, porównawszy śmiertelność skutkiem ospy w różnych krajach, wykazał, iż najmniejszy procent śmiertelności zauważyć się daje w Niemczech, gdzie już dawno wprowadzono obowiązkowe szczepienie ochronne i rewakcynacyę, prosi więc Towarzystwo o podjęcie starań u władzy w celu zaprowadzenia i u nas takiegoż obowiązkowego szczepienia.

Zgodnie z powyższym wnioskiem ogólne Zebranie poleciło wydziałowi hygieny ludowej opracowanie w tym względzie memoryału. W wykonaniu powyższego postanowienia memoryał „W sprawie uporządkowania ochronnego ospy (druk w „Zdrowiu“ № 10, 1903) opracowany został przez kol. Pełczyńskiego, a następnie był rozpatrzony na posiedzeniu członków wydziału hygieny ludowej, a po zatwierdzeniu go przez Ogólne Zebranie przesłany został władzy za pośrednictwem Wydziału Lekarskiego Radomskiego Rządu Gubernialnego.

Zasadnicze punkty powyższego memoryału są następujące: 1-o wszystkie bez wyjątku dzieci poddawane być winny pierwotnemu szczepieniu przed upływem 1-gu roku życia; 2) rewakcynacya w wieku 8—12 lat i powtórna w 21 r. życia powinny być obowiązkowe dla wszystkich; 3) szczepienia i kontrola wyników tegoż winny być powierzone lekarzom za stosownem wynagrodzeniem. Ponieważ jednak sprawa wznowienia u nas w drodze prawodawczej powszechnego szczepienia ochronnego ospy zajmie zapewne dość dużo czasu, uregulowanie zaś szczepienia w granicach naszej gubernii, zwłaszcza wobec rozmaitych sposobów prowadzenia szczepienia w poszczególnych powiatach, jest rzeczą, tak pilną, że 1-o lub 2-u letnia zwłoka nie może być obojętną, to Towarzystwo nasze uznaje za natychmiastowo niezbędne, w celu usunięcia istniejących obecnie braków, wprowadzenie następujących tymczasowych przepisów: 1) gminy powinny przedstawiać corocznie przed 1 kwietnia listy dzieci, które mają być szczepione po raz pierwszy, oraz listy tych, którzy mają podlegać rewakcynacyi między 8—12 rokiem życia; dwie te oddzielne listy powinny być ściśle skontrolowane przez biura powiatu na zasadzie ksiąg ludności i danych metrycznych urzędników stanu cywilnego; 2) jednocześnie z powyższemi listami gminy powinny nadsyłać do biura powiatu pieniądze na opłatę kosztów szczepienia (po 10 kop. od osoby). 3) szczepienie i kontrola powinny być powierzane tylko lekarzom, któ-

rzy powinni mieć pieczę o sprowadzeniu we właściwym czasie i należytem przechowywaniu materyału szczepiennego; 4) ustanowienie możliwie największej liczby punktów szczepiennych (z promieniem nie większym 4—5 wiorst). 5) rewakcynacyi dokonywać jesienią, po ukończeniu robót w polu; 6) pożądanem byłoby nareszcie, zobowiązać obywateli ziemskich, fabrykantów i wogóle pracodawców, aby nie przyjmowali do zajęcia robotników nierewakcynowanych lub rewakcynowali ich na swój koszt przez lekarzy fabrycznych, dominialnych lub innych.

Trzeci odczyt z dziedziny hygieny wygłoszony został przez Józefa Pełczyńskiego p. t. „Stan sanitarny szkół ludowych w gubernii Radomskiej" (druk. w „Zdrowiu" № 3, 1904 r.) Autor, na zasadzie danych zebranych drogą kwestyonaryuszów, przedstawił wielce opłakany stan sanitarny przeważającej większości szkół ludowych naszej gubernii, oraz, wychodząc z założenia, iż hygiena tak ważnej instytucyi, jaką jest szkoła ludowa, powinna nam leżeć na sercu, stawia jasno określone żądania, prosząc Towarzystwo o przedstawienie właściwym władzom wniosków w tej sprawie. Ogólne Zebranie postanowiło wnioski powyższe w sprawie hygieny szkół ludowych przekazać dla bliższego rozpatrzenia „Wydziałowi hygieny szkół i wychowania".

Wreszcie Henryk Ryl przedstawił „uproszczone sposoby badania wody do picia". Sposoby te, zgrupowane na jednej tablicy, będą rozesłane wszystkim członkom Towarzystwa.

Działalność Towarzystwa na polu hygieny przejawiła się pozatem w działalności komitetu hygienicznego, wysadzonego, na wniosek Zarządu, z łona Towarzystwa w celu opracowywania spraw hygienicznych.

Na wniosek komitetu utworzono zostały wydziały, do których zapisywali się członkowie według swego życzenia; członkowie każdego wydziału wybierali z pośród siebie przewodniczącego. Wydziałów było 6, mianowicie: 1) Wydział hygieny szpitali, przytułków i uzdrowisk — członków 13; prezes kol. Z. Płużański; 2) Wydz. hyg, szkół i wychowania—członk, 10; prezes kol. A. Szczepaniak; 3) Wydz. hyg. miast i mieszkań — członk. 13; prezes kol. J. Przychodzki; 4) Wydział hygieny ludowej — członk. 9; prezes ref. Pełczyński; 5) Wydz. hygieny zawodowej — członk. 12; ref. L. Łukasiewicz; 6) Wydział biologiczno-chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny — dr. nauk przyrod Henryk Ryl.

Komitet hygieniczny w osobach: J. Przychodzkiego (przewodn). J. Pełczyńskiego (sekr.) Cennére'a, Fidlera, Fuksiewicza i Ryla — odbył się w roku ubiegłym 8 posiedzeń, na których rozpatrywane były następujące sprawy: 1) organizacya prac członków Towarzystwa na polu hygieny; 2) sformułowanie, na wezwanie Warsz. Tow. Hyg. — najpilniejszych potrzeb, dotyczących uzdrowotnienia mniejszych miast i wsi; 3) niezbędność opracowania szematów do badania wody do picia; szemat ten opracowany został przez członka H. Ryla; 4) sprawa nieodzownej potrzeby podjęcia starań o ustanowieniu lekarzy szkół początkowych; 5) projekt urządzenia w Radomiu kamery dezynfekcyjnej i kąpieli ludowych; 6) konieczność wprowadzenia registracyi chorych zakaźnych; opracowane w tym celu przez kol. W. Cennérea blankiety, na mocy postanowienia ogólnego zebrania z dn. 5 Grudnia 1903 roku rozesłane zostały wszystkim kolegom w gubernii zamieszkałym z prośbą, o zapełnianie powyższych blankietów odnośnemi wiadomościami z d. 1 Stycznia 1904 r; 7) projekt kol. Pełczyńskiego co do urządzenia w Radomiu szeregu popularnych odczytów z dziedziny hygieny; 8) projekt kol. Cennéré'a — co do ankiety mieszkaniowej; 9) sprawa odkażenia i usunięcia gruzów po zburzonym budynku kloacznym w szpitalu Ś-go Kazimierza; 10) kwestya budowy nowego szpitala w Radomiu, wreszcie 11) otwarcie w tymże mieście bezpłatnych punktów szczepiennych dla biednej ludności naszego miasta.

Na mocy uzyskanego pozwolenia Towarzystwo otworzyło 4 takie punkty: 1) w szpitalu Ś-go Kazimierza; 2) w szpitalu starozakonnych, 3) ambulatoryum kolejowem i 4) w mieszkaniu kol. Żerańskiego (zgodnie z wyrażonem przez niego życzeniem). Szczepień dokonywali lekarze; zaszczepiono 149. Tak mała liczba dokonanych szczepień daje się objaśnić tą okolicznością, że szczepienia rozpoczęto z licznych przyczyn od komitetu hygienicznego niezależnych, bardzo późno, mianowicie w ostatnich dniach Sierpnia, t. j. w czasie, w którym miejscowa ludność nie zwykła dzieci swoje szczepić ospą. Że jednak ułatwienie ochronnego szczepienia ospy, przez nasze Towarzystwo podjęte, ma racyę bytu i jest dla biednej ludności miasta, zwłaszcza wobec bezpłatności, nieodzownie potrzebne, widać już ztąd, iż na

239 chorych dzieci, którym udzielono porad lekarskich w ambulatoryum szpitala Ś-go Kazimierza w ciągu czasu od 19.IX do 19.XII 1903 r.— zanotowano 80 dzieci zupełnie nieszczepionych, w szpitalu zaś starozakonnych za czas około dwóch miesięcy wśród 88-miu chorych dzieci znaleziono nieszczepionych 17. Z liczby 97 nieszczepionych było w wieku: od 6 tyg. — do roku 60 dzieci; do 2 lat — 22 dzieci i powyżej 2 lat 15-ro. Doświadczenie roku ubiegłego poucza, iż ambulatorya szczepienia ospy należy otworzyć już wczesną wiosną, a wtedy rezultaty naszych starań, mamy nadzieję, wyrażą się, w większej liczbie zaszczepionych.

Co się tycze działalności wyżej wspomnianych wydziałów, to wydziały: hyg. szpitali,—miast i mieszkań,—hyg. zawodowej oraz wydz. biologiczno-chem.-fizyczny—nie zbierały się w ciągu ubiegłego roku na posiedzenia. Wydz. hyg. ludowej miał jedno posiedzenie w celu rozpatrzenia memoryału, w sprawie uporządkowania ochronnego szczep. ospy.

Wydz. hyg. szkół i wychowania odbył 4 posiedzenia, na których: 1) po rozpatrzeniu przedstawionych przez kol. Fidlera i Pełczyńskiego szematów do badania stanu sanitarnego szkół opracowano bardzo szczegółowy kwestyonaryusz, rozdany następnie członkom tegoż wydziału do zapełnienia; 2) obradowano nad sposobami szerzenia się i zapobiegania chorobom nagminnym wśród młodzieży szkolnej w myśl istniejących przepisów, oraz o sposobach odkażania przy tychże chorobach; 3) przyjęto do wiadomości uwagi kol. Szczepaniaka nad stanem fizycznego wychowania w szkołach średnich u nas i zagranicą; 4) obradowano nad koniecznością ustanowienia lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych i uproszono kol. Cennèra o opracowanie w tym względzie memoryału.

Kończąc to krótkie sprawozdanie z czynności Towarzystwa, należy zaznaczyć, że Towarzystwo nasze przyjmowało udział w naradach Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego w sprawach uzdrowotnienia prowincyi. Na narady powyższe przesłany został memoryał, w którym zaznaczono, iż za najważniejsze i najpilniejsze, zdaniem Towarzystwa, sprawy, dotyczące hygieny prowincyi, uważać należy: 1) zaopatrzenie miasteczek i wsi w dobrą wodę (bndowanie nowych studzien, sięgających do głębokiej warstwy wodonośnej, pogłębianie i oczyszczanie starych stuazien i t. p.) 2) asenizacyę miasteczek przez zabrukowywanie ulic, regulowanie ścieków, oczyszczanie ulic codzienne, po uprzednim polaniu wodą, zaopatrzenie każdego domu w miejsca ustępowe; 3) zapobieganie chorobom zakaźnym przez pobudowanie w miasteczkach i wsiach domów izolacyjnych odpowiednich rozmiarów z wanną, dla użytku przebywających tamże chorych, odkażanie izby i ruchomości chorych za pomocą wapna i wrzącego ługu; 4) wprowadzenie przymusowego powszechnego szczepienia ochronnego ospy i rewakcynacyi tejże; 5) poczynienie odpowiednich starań o zmianę nstawy budowlanej w drodze prawodawczej, aby ta miała na widoku nietylko bezpieczeństwo co do ognia, ale i co do stanu zdrowia mieszkańców; 6) uprzystępnienie pomocy akuszeryjnej rodzącym na wsi przez powiększenie liczby „babek wiejskich", których wykształcenie zawodowe należałoby podnieść i zachęcanie tychże babek do zamieszkiwania w gminie za pomocą zapomóg od gminy; 7) urządzenie kąpieli ludowych z natryskami i wannami.

Delegatami Towarzystwa na pewyższe narady byli: Prezes — kol. J. Majkowski, oraz koledzy: W. Cennére, H. Fidler, J. Pełczyński i J. Przychodzki; koledzy Majkowski i Przychodzki mieli zaszczyt przewodniczyć na ogólnych zebraniach członków narad i obydwaj wypowiedzieli stosowne do okoliczności mowy, zaś kol. H. Fidler wygłosił w „Sekcyi ludowej" odczyt: „Pomoc lekarska gminna w guberniach Królestwa Polskiego" (druk. w „Zdrowiu" № 6—7, 1903 r.) Przyjmujący również udział w naradach członek-współdziałacz naszego Towarzystwa i zarazem członek Warsz. Tow. Hygien., p. Konstanty Zaremba, prezydent m. Radomia, wybrany został przewodniczącym utworzonej przy Warsz. Tow. Hyg. komisyi w celu obmyślenia środków pieniężnych na wprowadzenie ulepszeń sanitarnych w naszych miastach.

W końcu słów kilka o czynnościach Zarządu Towarzystwa. W roku ubiegłym odbyło się 22 posiedzenia Zarządu w celu rozpatrzenia różnych spraw dotyczących Towarzystwa w ogólnej liczbie 102. Ruch korespondencyi przedstawia się jak następuje: otrzymano odezw numerów 44; wysłano №№ 706; kurend i zaproszeń na posiedzenia rozesłanu 37.

Stan Kasy.

Dochód.

Z wpisowego	210 rb.
Ze składek członkowskich	710 „

Reszta ze składek na wieczerzę koleżeńską w dn. otwarcia Towarzystwa	5	„ 15 k.	
Ofiara kol. Głogowskiego	100	„ — „	
Razem	1026	„ 15 „	

Rozchód.

Koszta organizacyi Towarzystwa	214 rb.	17	kop.
Lokal	115 „	—	„
Światło i opał	31 „	34	„
Pensya woźnego	121 „	—	„
Służbie na ogólnych zebraniach	10 „	—	„
Prenumerata czasopism	164 „	90	„
Kupno książek do biblioteki	55 „	95	„
Oprawa książek	12 „	30	„
Wydątki kancelaryjne	50 „	41	„
Koszt blankietów do registracyi chorób zakaźnych	25 „	—	„
Razem . .	800 „	16	—

Porównanie.

Dochód —1026 rb. 15 k. Rozchód—800 rb. 16 kop., pozostaje w kasie Towarzystwa 225 rb. 99 kop.; prócz tego Towarzystwo z dn. 1 Stycznia 1904 roku liczyło zaległych składek na sumę 86 rub.

Stan biblioteki.

Biblioteka powstała głównie z książek ofiarowanych przez członków Towarzystwa i liczy obecnie 139 dzieł i 94 broszur treści lekarskiej i farmaceutycznej, oraz 148 roczników czasopism, w których liczbie znajduje się wiele duplikatów i brakownych egzemplarzy. W roku ubiegłym nadesłali w darze książki następujące osoby: Cennére, Dobrzycki, Fidler, Kobyliński, Majkowski, Marks, Pełczyński, Serkowski, Redakcya „Kroniki Lekarskiej“, Towarz. Hygien. Warsz.; Tow. Lek. Warszawskie, Żerański. Nadto Towarzystwo Lekarskie Lubelskie nadesłało w końcu roku sprawozdawczego kilkaset tomów dzieł lekarskich starszych i nowszych.

W roku ubiegłym zakupiono nowych dzieł za 55 rb. 95 kop., na oprawę wydatkowano 12 rb. 30 kop., na prenumeratę czasopism — 164 rb. 90 kop. Prenumerowano czasopisma następujące: Archiwum polskie nauk biologicznych i lekarskich, Bibliotekę Lekarską, Czasopismo Lekarskie, Gazetę Lekarską, Kronikę Lekarską, Krytykę Lekarską, Medycynę, Nowiny Lekarskie, Odczyty kliniczne, Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., Przegląd lekarski, Zdrowie, Prakticzeskaja Miedicina z Wraczebnoj Gazietoj, Russkij Wracz, Żurnał akuszorstwa i Żenskich bolezniej, La sémene médicale, Deutsche medic. Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung, Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin. Nadto niektórzy członkowie Towarzystwa nadsyłali do czytelni następujące pisma: Wszechświat, Wiadomości farmaceutyczne, Wiestnik obszczestwionnoj gigieny i sudiebnoj mediciny, Wojenno-medicinskij Wiestnik, Buletin de pharmacie et Chimie, Apotheker Zeitung, Berliner medic. Wochenschrift, Archiv für Laryngologie.

W celu zapoczątkowania projektowanego muzeum anatomicznego koledzy: Płużański, Rakowski i Żebrowski nadesłali kilka okazów.

Skład osobisty Towarzystwa.

Zarząd.

Prezes — Julian Majkowski.
Wice-Prezes — Franciszek Kosicki.
Członkowie Zarządu) Henryk Fidler.) Jan Przychodzki.
Sekretarz — Wacław Cennére.
Skarbnik — Antoni Szczepaniak.
Bibliotekarz — Józef Kondratowicz.

Komisya rewizyjna.

1) Ludwik Żerański, 2) Zygmunt Płużański, 3) Feliks Łagodziński.

Członkowie rzeczywiści.

1. Bijejko Feliks.
2. Bortnowski Piotr (Opatów).
3. Cennére Wacław.
4. Cieszkowski Feliks.
5. Drewnowski Edmund.
6. Fidler Henryk.
7. Finkelsztejn Władysław
8. Frick Stefan.
9. Fuksiewicz Leon.
10. Glibowski Wincenty (Końskie).
11. Głogowski Jan (Ostrowiec).
12. Goldsztejn Józef.
13. Górski Michał.
14. Grajewski Karol (Opoczno).
15. Grygoriew Aleksander.
16. Idzikowski Stanisław.
17. Janasiewicz Antoni (Starachowice).
18. Janiszewski Eugieniusz.
19. Jurakowski Józef.
20. Karbownicki Leon (Staszów).
21. Karniewski Franciszek (Czarnecka Góra).
22. Kasprzykowski Julian.
23. Kołodner Zygmunt.
24. Kondratowicz Józef.
25. Kosicki Franciszek.
26. Kossowski Roman (Ożarów).
27. Lubodziecki Ludwik (Żarnów).
28. Łagodziński Feliks.

29. Majkowski Julian.
30. Marks Kazimierz.
31. Michalski Adam.
32. Papiewski Władysław.
33. Pawłowski Jan (Zwoleń).
34. Pełczyński Józef.
35. Piątowski Stanisław.
36. Piotrowski Jan.
37. Płachecki Jan.
38. Płużański Zygmunt.
39. Pomper Adolf.
40. Przychodzki Jan.
41. Przyłęcki Włodzimierz.
42. Rakowski Aleksander (Zawichost).
43. Rakowski Tadeusz (Szydłowiec).
44. Raszkes Henryk.
45. Rejment Michał (Przedbórz).
46. Ryl Henryk.
47. Samborski Felicyan (Sandomierz).
48. Sarnecki Adam.
49. Sawczenko Włodzimierz.
50. Skrzyński Bolesław.
51. Stempkowski Stefan (Przytyk)
52. Swierczyński Czesław (Skarżysko).
53. Suffczyński Romuald (Opoczno),
54. Szczepaniak Antoni.
55. Szychowski Konstanty.
56. Szymański Józef (Skarżysko).
57. Ungier Korneljusz.
58. Wędrychowski Kazimierz (Szydłowiec).
59. Zarembski Jan (Opoczno)
60. Zbrożek Feliks (Iłża).
61. Zysman Jakób (Klimontów).
62. Żakowski Jan (Ostrowiec).
63. Żebrowski Aleksander.
64. Żerański Ludwik.

Członek-Korespondent.

Matylda Biehler (Warszawa).

Członek-współdziałacz.

Zaremba Konstanty.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennère.

Zebranie ogólne Kasy wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi.

W dniu 28 marca r. b. odbyło się zebranie ogólne członków Kasy wz. pom. lekarzy łódzkich.

Zebraniu przewodniczył S. Sterling.

Pamięć zmarłego członka Kasy, ś. p. Dr. Dworzańczyka, uczczono przez powstanie.

Ze sprawozdania odczytanego na tem zebraniu okazało się, że do Kasy należało w roku ubiegłym czterdziestu sześciu lekarzy.

Działalność Towarzystwa wyraziła się w wypłaceniu sześciu chorym uczestnikom sumy 432 rubli; wypłacono mianowicie, po 3 ruble za dzień choroby, w następujących wypadkach: 1) za 12 dni; 2) za 7 dni; 3) za 86 dni; 4) za 6 dni; 5) za 24 dni i 6) za 9 dni.

Kapitał Towarzystwa w dniu 31 Grudnia 1903 roku przedstawił się, jak następuje:

Kapitał obrotowy:		Rb.	908,67.
„ oszczędnościow.	A.	„	1586,02.
„ „	B.	„	73,61.
„ żelazny		„	122,73.
		Rb.	2691,03.

Po zdaniu sprawy z działalności Tow. w roku ubiegłym dopełniono wyborów Zarządu, który w r. 1904-ym składa się z następujących osób: M. Cohn, L. Fankanowski, K. Jonscher, M. Likiernik, W. Littauer, A. Krusche i W. Pinkus.

Do Komisyi rewizyjnej powołano: J. Kolińskiego, M. Krakowskiego i S. Markowskiego.

Na wniosek Zarządu rozpatrywano projekt zmiany ustawy Kasy.

Słaby rozwój Kasy, do której należy tylko $^1/_4$ lekarzy łódzkich, Zarząd czyni zależnym od zbyt wysokiej składki rocznej (20 rb.); wprawdzie połowa tej sumy zostaje własnością uczestnika i w każdej chwili jest występującemu wypłacana, Zarząd tem nie mniej wolałby ograniczyć działalność Kasy tylko do wypłacania zapomóg chorym, kasując zupełnie inne jej zadania, byle tylko módz zmniejszyć składkę do 10 rb. rocznie. Wtedy liczba stowarzyszonych prawdopodobnie się zwiększy.

Większość zebranych oświadczyła się przeciw zmianie ustawy, pragnąc utrzymać Towarzystwo takiem, jakiem jest obecnie, o szerokiej skali działalności; główne motywy, na których się opierano, były takie:

1. Jest faktem nieulegającym wątpliwości, że 10 rubli składki rocznej, dające prawo do zapomogi mogącej wynieść 270 rb., jest wyjątkowo tanią formą ubezpieczenia się na wypadek choroby. To też, niewielką jest chyba ofiara (?), jaką dla tego, tak wygodnego, ubezpieczenia ponieść musi każdy wstępujący do Kasy—mianowicie: składanie do Kasy *w charakterze oszczędności—po 83 kopiejek miesięcznie.* Nabywa za to jeszcze każdy uczestnik prawo do pożyczki (do wysokości poręczonej przez innych uczestników).

2. Z chwilą zmniejszenia składki do 10 rb., t. j. zniesienia kapitału oszczędnościowego, Kasa pożyczek niemoże wydawać, bo kapitał oszczędnościowy jest zarazem funduszem gwarancyjnym względem kapitału wypożyczonego. Jakkolwiek obecnie, po trzech latach istnienia, Kasa nie może rozwinąć większej działalności w zakresie pożyczek, to jednak stać się to może w przyszłości; wykreślając już dziś z ustawy te prawa Kasy—zbyt pośpiesznie ograniczamy jej pożytek.

3. Ponieważ ustawa Kasy przewiduje możność wydawania nietylko pożyczek, ale i zapomóg bezzwrotnych, a nawet peryodycznych pensyi wdowom i sierotom po uczestnikach, więc dążyć należy do tego, by fundusze Kasy jaknajprędzej rosły i umożliwiły rozwinięcie wszechstronne jej działalności. Jednem ze źródeł dochodów Kasy są właśnie odsetki (ich część) od kapitału oszczędnościowego. Składając w Kasie tak śmiesznie małe oszczędności, jak dziesięć rubli rocznie, przyśpieszają i umożliwiają uczestnicy Kasy jej rozwój w kierunku niewątpliwie pożądanym.

Przytoczone motywy skłoniły zebranych do utrzymania (większością głosów wszystkich obecnych przeciw czterem) obecnej ustawy bez wszelkich zmian.

Co się tyczy sposobów powiększenia ilości uczestników Kasy, to w tym celu uchwalono: 1) Zobowiązać Zarząd do nadsyłania każdemu nowoprzybywającemu do Łodzi lekarzowi egzemplarza ustawy. 2) Komunikować ogółowi sprawozdania z działalności Kasy. 3) Werbować do Kasy nowych członków, przekonywując ogół lekarzy, jak wielkim jest jej pożytek w zakresie dziś obowiązującej ustawy.

Słaby rozwój Kasy łódzkiej zależy od kilku powodów.

Przedewszystkiem, wielu lekarzy niezdaje sobie sprawy z jej charakteru: zabezpieczającego zasiłek na wypadek nieszczęścia (choroby)--wzamian za niewielką stawkę roczną. Jedni widzą w pobieraniu zapomóg korzystanie z jakiejś filantropii; inni—wbrew przeciwnie—chcieliby płacić jeszcze mniej, a otrzymywać więcej; inni wreszcie—czekają z wpisaniem się aż do chwili, gdy się poczują słabsi na siłach, mniej na chorobę odporni lub nią już zagrożeni.

Jeżeli pominiemy kategoryę ostatnią, spekulujących, to w zapatrywaniu obu pierwszych grup uderza brak zrozumienia wartości zarówno wszelkich zrzeszeń, jak i takich kas lekarskich specyalnie.

Swoisty bowiem sposób zarobkowania lekarzy szczególną stwarza potrzebę kas zapomogowych *na wypadek choroby*. Niemówiąc już o urzędnikach i oficyalistach, pobierających stałe pensye, wszak nawet regenci, kupcy, adwokaci, agenci itd., itd. nie przestają zarobkować (przez swych zastępców) w czasie choroby. Inaczej lekarz (felczer, akuszerka): tych nikt nie zastąpi; godzina choroby jest zarazem godziną, w której się przerywają zarobki.

Dla tego kasy zapomogowe na wypadek choroby mają szczególną dla lekarzy wartość. Kasa łódzka, wypłacająca po 3 ruble za dzień choroby, daje, co prawda, niewiele; ale: 1) istnieje dopiero trzy lata; może dalsze doświadczenie pokaże, że zapomogę dzienną podwyższyć można; 2) liczy wśród swych członków ledwie 46 lekarzy, zamiast 150 (tylu jest ich w Łodzi); 3) pobiera wszystkiego (jako stawkę ubezpieczeniową) 10 rb. rocznie.

Tylko wraz z rozwojem Kasy będzie można pomyśleć o podwyższeniu zapomóg; ale i dzisiejsza ich wysokość dla wielu uczestników stanowi źródło zasiłku, którego brak odczuliby niewątpliwie.

Dla rozwoju Kasy jest jednak niezbędna jedna w ustawie, i to zasadnicza, zmiana tycząca warunków wstąpienia do Kasy.

Pozwolić należy zapisywać się do Kasy świeżo przybywającym do Łodzi—bez względu na wiek i stan zdrowia; żądać natomiast od wszystkich mieszkających w Łodzi dłużej niż lat np. trzy, a niezapisanych do Kasy, świadectwa dwu kolegów, że niecierpią na żadną chorobę organiczną, i tylko takich do Kasy przyjmować*).

Do tej samoobrony Kasa uciec się musi—nauczona już doświadczeniem. Jeśli bowiem w końcu trzeciego roku istnienia wykazuje blizko tysiąc rubli kapitału obrotowego, to dla tego jedynie, że wśród lekarzy Łodzi (i wśrod uczestników Kasy) przeważają ludzie młodzi; na stałe jednak przyjmować każdego, kto się zgłosi i *kiedy się zgłosi* — byłoby zagrożeniem bytu Kasy i narażeniem na straty tych, którzy —w dobrze pojętej korzyści własnej i zrozumieniu potrzeb ogółu lekarskiego—zapisali się do Kasy wcześnie, w swej młodości.

---

*) Taki wniosek postanowiono na zebraniu ogólnem; ponieważ jednak odrzucono w zasadzie projekt wprowadzenia zmian do ustawy, więc tego projektu nie rozpatrywano wcale.

To też, tę zmianę musi wprowadzić najbliższe zebranie ogólne.

Wyszczególniłem wyżej trzy grupy motywów, które podają nienależący do Kasy dla usprawiedliwienia swej abstynencyi. Czwartą grupę podają ci, którzy chcieliby mieć, każdy innego typu, jakąś przez *siebie* wymarzoną Kasę i tylko do takiej by należeli. Naturalnie, zadowolnić tego rodzaju antispołeczne wymagania—niepodobna.

Ostatnie zebranie ogólne przekonało, że stowarzyszeni, których losy Kasy obchodzą (t. j., na zebranie przybyli) i którzy zastanawiali się nad jej działalnością—uważają jej istnienie za pożyteczne. Dla tego niewolno wątpić, że z biegiem lat Kasa rozwinie swą działalność we wszystkich—przez ustawę dozwolonych—kierunkach.

Ponieważ wiele, może wszystko, zależy tu od Zarządu, więc jest rzeczą konieczną, by godność *i obowiązki* członków Zarządu przyjmowali tylko tacy, którzy do tej pracy czas i chęć mają.

Na ostatniem zebraniu ogólnem obecna była tylko część członków Zarządu.

Seweryn Sterling.

KRONIKA.

— 31— X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w r. b. we Lwowie, został odroczony do nieokreślonego terminu.

Los ten dzieli też i wystawa przyrodniczo-lekarska.

— 32— W „Kuryerze Sosnowieckim“ (№ 7) czytamy:

„Bezwzględność lekarza. Jeden z naszych prenumeratorów uskarża się na niezwykłą bezwzględność, z jaką traktują chorych niektórzy lekarze tutejsi. Niedawno np., jeden z naszych prenumeratorów wezwał lekarza w nocy do swej bardzo niebezpiecznie chorej żony. Lekarz, pomimo próśb, nie chciał iść i zmusił go do opuszczenia swego mieszkania; dopiero po dość długim czasie biedakowi udało się znaleźć innego lekarza, który miał na tyle czasu i chęci, ażeby spełnić swój obowiązek“.

Dla czego to nie przytacza oskarżyciel, jakie *powody odmowy* podawał ów bezwzględny lekarz. Przecież tłomaczył się, niewątpliwie, odmawiając pomocy. Dopiero znając te powody, wolno osądzać każdy czyn.

Ale — jak zawsze — tu nie chodziło o nic innego, jak o małostkową zemstę, przez „opisanie w gazetach“. Więc przytoczenie argumentów strony przeciwnej było niewygodne.

— 33 — Bardzo przykre, ale—niestety—aż zanadto *sprawiedliwe* słowa znajdujemy w № 3 „Farmaceuty polskiego“. Pisze tam p. Z. Paderewski:

W N-rze 61 „Gońca porannego“ z r. b. pomieszczono sprawozdanie sądowe, z którego (o zgrozo) dowiadujemy się, że człowiek, jak się okazało, niewinnie został skazany na dziesięć lat ciężkich robót na podstawie orzeczenia lekarza, jakoby plama, znaleziona na ręku obwinionego, pochodziła z kwasu solnego. Lekarz, oceniając pobieżnie, *na zasadzie powierzchownych oględzin przyszedł do przekonania* nie tylko obciążającego, lecz wprost potępiającego podsądnego. A chodziło o otrucie dziecka wspomnianym kwasem i „niewinnie skazany“ byłby cierpiał za winy niepopełnione z racyi pobieżnej ekspertyzy. Gdyby podobnie szablonowe orzeczenia lekarzy jako ekspertów-rzeczoznawców, należały do wypadków wyjątkowych, sprawa nie przedstawiałaby się w świetle tak jaskrawem, lecz bodaj, że wypadki mylnej ekspertyzy są na porządku dziennym i powinny były już dawno zwrócić uwagę ogólną, by zapobiedz skazywaniu ludzi niewinnych. Pominę tu stronę etyczną podobnych faktów, a zatrzymam się jedynie na stronie rzeczowej.

Mylne orzeczenia ekspertyz lekarzy nasuwają przypuszczenie, że ekspertyzy te są dokonywane pobieżnie, a dokonywane pobieżnie z braku danych teoretycznych i praktycznych. W prawdzie trudno wymagać, iżby lekarz, będąc dobrym znawcą medycyny i obejmując cały jej ogrom, przynajmniej teoretycznie, był jednocześnie i dobrym chemikiem-ekspertem z dokładną znajomością ekspertyzy sądowej, jakkolwiek nosi ona nazwę lekarskiej. Nawet brak znajomości w tym zakresie da się wybaczyć, lecz za to podejmowanie ekspertyzy tam, gdzie chodzi zwłaszcza o życie ludzkie, potępienie niewinnie skazanego dla tego tylko, iżby nieosłabiać autorytetu lekarza, daje dużo do myślenia i stanowi *bolączkę społeczną*.

Już zmarły niedawno prof. M. Nencki zwrócił był uwagę w swoim czasie, iż dochodzenia chemiczno-sądowe powinny przejść w ręce farmaceutów i stanowić ich specyalność, a to z tej racyi, iż posiadają oni praktycznie analizę sądowo-lekarską. Od tego minęło lat parę i lekarze są nadal ekspertami z urzędu w rzeczach wyłamujących się z pod ich kompentencyi. Dlaczego wreszcie narzucać i obarczać lekarza atrybucyą, która z porządku rzeczy i ze swego charakteru, jak również i z racyi przebytych studyów przygotowawczych, przypadać w udziale powinna farmaceucie. Jest to wina procedury. Może fakty omyłek sądowych w rodzaju powyższej staną się bodźcem reformy w zakresie ekspertyzy sądowo-lekarskiej, oddając takowe w ręce powołane“.

Ostatni ustęp należy przyjąć z pewnem zastrzeżeniem.

Prof. Nencki nawoływał — co prawda — do kształcenia farmaceutów na rzeczoznawców w tym zakresie, o jakim mówi pan P.. Czy jednak odpowiednie przygotowanie mają *już obecnie* wszyscy aptekarze? Chyba nie.

Faktem jednak zostaje, że lekarze w tej kwestyi bardzo słabo — na ogół — są przygotowani.

— 34 — W № 45 „Niwy Polskiej“ z r. 1903-go pomieszczono artykuł, pod nagłówkiem: „Lekarz, dyrektor, felczer“, tej treści:

„Przed kilku tygodniami pewien z młodych lekarzy, dowiedziawszy się, że w cukrowni S. wakuje posada lekarza, zgłosił się do dyrektora tejże cukrowni, pana G. i oświadczył chęć objęcia powyższej.

Umówiono warunki względnie korzystne, przed podpisaniem jednak formalnego kontraktu, reflektant postanowił zasięgnąć szczegółowych informacyi i odniósł się w tej materyi do ustępującego kolegi. Wkrótce otrzymał odpowiedź wraz z pewnymi szczegółami i wyjaśnieniami, które *ku przestrodze innych reflektantów, a zbudowaniu ogółu podaję*. Otóż w cukrowni S. doktór byłby zupełnie zbytecznym, gdyby nie wymaganie prawa. Prawo wymaga, aby lekarz był i de nomine lekarz jest, choć de facto leczy, pisze recepty i *skutecznie ułatwia podróż na łono wieczności* miejscowy felczer, faworyzowany przez dyrektora, pana G. Miejscowy aptekarz może na rachunek cukrowni wydawać lekarstwa z recept, poświadczonych przez dyrektora, a dyrektor zawsze i chętnie kładzie swój podpis na receptach felczera, gdy tymczasem bywały wypadki, że recepty lekarza nie mogły mieć tego zaszczytu Gdy felczer uzna za stosowne którego z robotników ulokować w szpitalu—nie było wypadku, aby pan dyrektor zaprotestował, lekarz zaś często spotyka się z oporem ze strony pana dyrektora i t. p. Otrzymawszy takie wyjaśnienia, reflektant uznał za stosowne postawić pewne warunki. Zażądał, by w kwestyach medycyny jego głos był decydującym, aby felczer zależał od niego, a nie od administracyi cukrowni i aby nie był krępowanym w swej władzy lekarskiej. Zdawałoby się, że powyższe żądania pan dyrektor powinien uznać za słuszne, a nawet konieczne. Gdzietam! Układy zerwano i dyrektor cukrowni S. poszukuje nadal lekarza do objęcia wakującej posady.“

W odpowiedzi na powyższy artykuł 9-ciu pracowników cukrowni w S. zamieściło, w № 1 r. b. tejże „Niwy Polskiej,“ protest. Protest ten brzmi tak:

„W № 45 „Niwy Polskiej,“ z dnia 7 listopada r. b. umieszczono pod nagłówkiem „Lekarz, dyrektor, felczer“ wzmiankę o stosunkach panujących w cukrowni S. Autor powołuje się na świadectwo ustępującego lekarza i przytacza fakty „ku przestrodze innych reflektantów i zbudowaniu ogółu,“ malując w ciemnych kolorach ciężkie i przykre położenie lekarza fabrycznego w cukrowni S. z powodu rzekomego faworyzowania przez dyrektora G. miejscowego felczera, a lekceważenia przez niego stanowiska lekarza. Ponieważ żaden z przytoczonych faktów nie jest prawdziwy, oczekiwaliśmy od b. lekarza cukrowni S., lojalnego protestu przeciw wzmiance wogóle, a pojedyńczym faktom w szczególności. Lecz gdy po upływie miesiąca zaprzeczenie publiczne nie nastąpiło, my niżej podpisani, pracownicy cukrowni S., czujemy się w obowiązku *w imię prawdy kategorycznie zaprotestować przeciw rozsiewaniu zmyślonych lub rozmyślnie przekręconych faktów*, a mianowicie:

1) Nieprawdą jest, jakoby w cukrowni S. fabrycznych chorych leczył nie lekarz, lecz felczer.

2) Nieprawdą jest również, jakoby fabryczny felczer był faworyzowany przez dyrektora G. ze szkodą lekarza i chorych.

3) Nieprawdą jest dalej, jakoby dyrektor odmawiał podpisu na receptach lekarza, bezwzględnie zaś podpisywał recepty felczera. Podpis dyrektora na receptach, a właściwie na rachunku za nie, ma tylko znaczenie kwalifikacyi do wypłacenia należności aptece z kasy fabrycznej za wydawane lekarstwa, nie zaś sankcyi środków zapisanych przez lekarza;

4) Nieprawdą jest, jakoby dyrektor opierał się wysyłaniu chorych, zaleconych do umieszczenia w szpitalu przez lekarza, a nie protestował w tym wypadku, jeżeli podobna propozycya była zrobiona przez felczera, ponieważ od czasu objęcia dyrekcyi przez obecnego dyrektora ani jeden chory nie był wysłany do szpitala.

5) Nieprawdą jest nareszcie, jakoby reflektant na opróżnioną posadę lekarza fabrycznego stawiał jakieś specyalne warunki, których dyrektor odmówił.

W końcu zaznaczymy, że jeszcze na kilka tygodni przed wyjściem poprzedniego lekarza t. j. przed datą 1 listopada, opróżniona przez niego posada została obsadzona, o czem wiedzieli wszyscy miejscowi nie wyłączając ustępującego lekarza, a więc mylnem jest twierdzenie autora, umieszczone pod datą 7 listopada, że dyrektor cukrowni S. poszukuje nadal lekarza do objęcia wakującej posady i nieco spóźniona przestroga jego dla reflektantów chybiła celu. Poprzestajemy jedynie na sprostowaniu fałszywych i snadź umyślnie przekręconych faktów, powstrzymując się od roztrząsania wielkości pobudek moralnych, które autora skłoniły do tego rodzaju wystąpienia publicznego.“

(Następują podpisy 9 pracowników cukrowni).

Felczer cukrowni. p. Sauter, przesłał do Redakcyi „Przeglądu felczerskiego“ (zkąd cały ten opis podajemy) list następującej treści:

„Gdyby ustępujący lekarz p. d-r. M. z cukrowni S. do informacyj udzielonych reflektantowi na wakującą posadę w tejże cukrowni, zechciał jeszcze dodać przyczyny, które wywołały ignorowanie p. doktora M. nietylko przez miejscową inteligencyę, lecz nawet przez robotników fabryki, to autor zawahałby się może ogłosić swą pracę.

Zarzut uczyniony mnie bezpośrednio, jakobym ja zapisywanemi przez siebie lekarstwami chorym skutecznie ułatwiał drogę na łono wieczności, najmniejszej niema podstawy, gdyż p. doktor M., ten ustępujący lekarz, przez półtrzecia roku był z wyników mojego leczenia *chorych fabrycznych* zupełnie zadowolony, czego najlepszym dowodem było to, że akceptował wszystkie przezemnie zapisywane lekarstwa, w skład których wchodziły środki najwięcej drastyczne i silnie działające. Lecz, to byli chorzy fabryczni, a więc bezpłatni, dla których moje leczenie w przekonaniu p. doktora M. było zupełnie wystarczające, gdyż, stale odmawiał swojej pomocy po godzinie 12-tej w południe, motywując tem, że ma obowiązek chorych miejscowych leczyć tylko do południa, a tu jak na złość choroba po większej części wybierała sobie ofiary popołudniu, chorzy przeto z konieczności musieli odnosić się do mnie, a ja ze swojej strony starałem się zawsze tylko jaknajsumienniej i uczciwie wywiązać się z zadania.

Gdyby nie okoliczność, że jeden z warunków mojej umowy z administracyą fabryki daje mnie prawo zajmowania się praktyką prywatną, to w przekonaniu p. doktora M. byłbym najidealniejszym felczerem, lecz względy *natury czysto finansowej* zmieniły opinię o mnie, gdyż przestawszy zajmować się praktyką prywatną, przyczyniłbym się do znacznego powiększenia dochodów p. d-r. M. Z tej to więc przyczyny wynikły nieporozumienia, których następstwem było to, że p. doktór M. zażądał odemnie, ażebym zaniechał praktyki prywatnej, a zajął się tylko chorymi fabrycznymi. Ponieważ ja osobiście nie miałbym nic przeciwko tej propozycyi, gdyby p. doktór nie zapominał o tem, że jestem również człowiekiem i że mogę mieć potrzeby, którym z otrzymywanej pensyi w żaden sposób zadosyć uczynić nie mogę, lecz p. doktór M., nie uwzględniając tych potrzeb, nietylko, że niechciał mnie w niczem dopomagać, ale nawet starał się wszelkimi sposobami zmniejszyć moje dochody, wykonywaniem przez siebie rękoczynów specyalnie felczerskich, naturalnie u chorych płatnych, natomiast u chorych fabrycznych bardzo często wyręczał się mną w rękoczynach lekarskich.

Z tego przeto wynika, że tylko zła wola p. doktora M. była przyczyną, że w tak niekorzystnem świetle przedstawił mnie swojemu przypuszczalnemu następcy.

Jeżeli zaś rzeczywiście szczycę się jakiem takiem uznaniem w instytucyi, w której pracuję, to zawdzięczam sumiennemu wykonywaniu swoich obowiązków, a w części poprzednikom p. doktora M., za co im pozostanę zawsze nieskończenie wdzięcznym.

Redakcya „Przeglądu felcz.“ (№ 2) dodaje od siebie następujący komentarz:

„Powyższe wyjaśnienie w zupełności tłómaczy te pobudki moralne, które kierowały tak d-r M., jak i usłużnym autorem wzmianki w „Niwie Polskiej.“ W każdym bądź razie, postępowanie d-r M. stanowi wyjaśnienie głównej i prawdopodobnie jedynej przyczyny antagonizmu niektórych, sądzimy, że i bardzo nielicznych, naszych przeciwników.“

Bezstronnego czytelnika przekonywa w takich sprawach zwykle ta strona, która występuje z otwartą przyłbicą. Z tego jedynie powodu słuszność — dla ogółu — będzie tak długo po stronie p. Sautera, dopóki ów autor artykułu w „Niwie“ nie postawi kwestyi wyraźnie i jawnie.

— 35— W ostatnich czasach działy medycyny, hygieny i nauk pokrewnych w obu kurjerach Warszawy odznaczają się umiejętnym doborem tematów i naukowem opracowaniem.

Tem nie mniej zdarzają się jeszcze takie zabawne ustępy, jak niżej przytoczony („Kur. Warszawski № 77).

„Mięśnie mające szczególne znaczenie jako narzędzia ruchu, wyradzają swoją siłę za pomocą kurczenia się, w ten sposób, że kończyny mięśni stykają się, nadając ruch kościom za pośrednictwem żył. Sposobność ściągania się jest zależna od procesów chemicznych, które wyradzają się znanemi wpływami na mięśnie i są w ścisłym związku z ubywaniem tlenu, to jest przedstawiają proces utlenienia albo spalenia. Czyli: przy robocie mięśni następuje ubytek cząstek materji, znajdującej się bądź w samym mięśniu, a często zawartej we krwi, która ciągle przechodzi przez mięśnie i dostarcza im tych materji. Krew, pobudzając te—jeżeli je tak treściwie nazwiemy —„zarodki siły“, za pomocą przyswajania sobie pokarmów (pokarmów służących do odżywiania), zamienia je na rodzaj sprężyn jakby wtłoczonych w mięśnie i które nadają im siłę ruchów.“

Jest to przekład wykonany przez kogoś nieznającego słownictwa, a nawet niebardzo rozumiejącego to, o czem pisze. „Kończyny“ zamiast zakończenia, „żyły“ zamiast ścięgna, „Sposobność ściągania się“ (zdolność kurczenia się) „jest zależna od procesów chemicznych, które wyradzają się“ (pewnie: powstają?) „znanemi wpływami.“ na mięsnie“ — co to za znane wpływy, trudno zrozumieć.

Ś. p. Felicyan Aleksander Janiszewski

Członek honorowy i b. Prezes Towarzystwa lekarskiego lubelskiego

zmarł w dniu 12 Marca 1904 r. w Lublinie.



Ś. p. F. A. Janiszewski urodził się w r. 1835 w Siedlcach, nauki szkolne pobierał w Szczebrzeszynie, ukończył zaś je w Lublinie w 17 ym roku życia. Jak większość ówczesnej młodzieży, postanowił poświęcić się zawodowi urzędniczemu, — po kilku jednak latach próby zamiłowanie do nauki przemogło i udał się na uniwersyet w Kijowie, który chlubnie ukończył w r. 1862. Po powrocie do kraju, osiadł początkowo w Opolu — i tu lata następne dały Mu możnośćrozwinięcia działalności chirurgicznej na szerszą skalę i przyjścia wielu nieszczęsnym ze skuteczną pomocą, oraz nabrania rzetelnego zamiłowania do chirurgii.

Następnie, po paru latach zamieszkał w Lublinie; wkrótce drogą konkursu otrzymał posadę ordynatora przy szpitalu Ś-go Jana Bożego i obowiązki te spełniał w ciągu lat 36-ciu. Warunki w jakich objął szpital były opłakane; trzeba było długich lat mozołu i poświęceń materyalnych na stopniowe, lecz ciągłe wprowadzanie ulepszeń. Pracy miał ogrom, musiał być razem i chirurgiem i terapeutą i psychiatrą w jednej osobie, jednakże pracy się nielękał, nigdy nie narzekał na nią i oddawał się jej z całem zamiłowaniem. W szpitalu Ś-go Jana każdy nowy środek bywał probowany, każda nowa metoda sprawdzana lub zastosowana, — tu najpierw, w Lublinie, wprowadzona została metoda Lister'a. Dla chorych był ojcem prawdziwym, łagodnym, delikatnym w obejściu, współczującym ich niedoli i bólowi. Rzeczywiście mógł służyć i służył za przykład i wzór do naśladowania dla wstępujących w zawód lekarski młodych kolegów, których liczny zastęp w ciągu lat pracował pod przewodnictwem zmarłego i wynosił z owej epoki oprócz fachowego, etyczne wyrobienie i serdeczne wspomnienia.

Aczkolwiek gruntownie i wszechstronnie wykształcony, gdyż prawie żadna z gałęzi medycyny obcą Mu niebyła, w pracy nieustawał i dla uzupełnienia wiedzy wyjeżdżał niejednokrotnie zagranicę, już jako lekarz doświadczony i wyrobiony, jedynie z poczucia potrzeby śledzenia za postępem nauki, poświęcając się tam nietylko chirurgii lecz i innym gałęziom medycyny.

Przymioty umysłu i charakteru oraz wszechstronna wiedza zjednały Mu z czasem kolosalne wzięcie i uznanie powszechne, nietylko w mieście i gubernii, lecz i po za granicami takowej, umiał on bowiem, jak mało kto, nietylko leczyć, lecz i pocieszać i dodawać otuchy tym, dla których lekarstwa w medycynie nie znajdował. Nic zatem dziwnego, że miał tysiące wdzięcznych.

Od czasu zbudowania kolei Nadwiślańskiej był jej lekarzem oddziałowym w Lublinie i na tem stanowisku pracą, ludzkością i uwzględnianiem przepracowania jej agentów zyskał sobie ogólną ich wdzięczność, aczkolwiek sam narażał się niejednokrotnie na nieprzyjemności.

Towarzystwo lekarskie lubelskie zalicza ś. p. Janiszewskiego do swoich członków założycieli, przed dwoma laty został jego członkiem honorowym, a w ciągu istnienia był kilkakrotnie jego wice-prezesem, a następnie długoletnim prezesem. W pracach Towarzystwa żywy przyjmował udział, wiele bardzo prac jego odczytywanych na posiedzeniach przeszło następnie do literatury lekarskiej, a wszystkie cechowały, obok treści, czystość oraz wytworność języka. W instytucyach nielekarskich również brał czynny udział, mianowicie w Towarzystwie kredytowem miejskiem — jako prezes komitetu nadzorczego, prawie od początku istnienia tej instytucyi, w końcu zaś w Kasie pożyczkowej Przemysłowców lubelskich w ciągu wielu lat jako członek reprezentant.

We wszystkich tych sferach działalności ś. p. Janiszewski wykazywał też same przymioty: zacne serce, niezkazitelny charakter, surowość dla siebie, pobłażliwość nadzwyczajną dla innych, ani cienia zawiści.Najwymowniej zaświadczyły o uznaniu zasług ś. p. Aleksandra tłumy z różnych warstw społecznych i z różnych wyznań złożone, które pośpieszyły na miejsce wiecznego spoczynku z oddaniem ostatniej posługi i czci należnej zmarłemu.

Cześć jego pamięci!

A. Jaworowski.

Spis prac ś. p. Fel. Al. Janiszewskiego.

1) Przyczynek do kazuistyki chrząstniaków (chrząstniak parotidis — ligat. art. carotis) Med. 1873 2) O zanurzaniu (immersio) i o znaczeniu tego środka w chirurgii zachowawczej. Med. 1873. 3) Wstrzyskiwania do żył wodanu chloralu. Med. 1874. (Praca wspólna z Dr. Głogowskim). 4) Sprawozdanie z 8-io letniej czynności szpit. Ś-go Jana w Lublinie. Med. 1875. 5) Durzyca wysypkowa powikłana błonicą jamy ustnej i rozwiniętem w następstwie błonicy porażeniem postępowem tułowia i kończyn. 6) O nowym sposobie leczenia zastarzałych wrzodów goleniowych przy pomocy okrawywania ich. Gaz. Lek. 1875. 7) Przypadek mięsaka kostno-torbielowego olbrzymich rozmiarów kości goleniowej prawej. Med. (1875). 8) Osobliwe zabarwienie policzków u trupa (zwodniczy objaw letargu). 9) Leczenie wrzodów zastarzałych za pomocą ich okrawywania. Med. 1876. 10) Ciała obce w odbycie. Gaz. Lek. 1879. 11) O wpływie prądu stałego na przebieg i leczenie przewlekłego nerwobólu kurczowego. Med. 1881. 12. Przyczynek do terapii niemocy męzkiej. Gaz. Lek. 1881. 13) Działanie kwasu pyrogalusowego w chorobach skórnych. Med. 1881. 14) Przecięcie sierpem wszystkich mięśni tylnych prawego ramienia do kości. Med. 1882 15) Trzy przypadki drgawek jednostronnych, zwanych padaczką Jackson'a. Med. 1883. 16) Zranienie gałęzi grzbietowej tętnicy sprychowej. Podwiązanie art. radialis et ulnaris. Med. 1884. 17) Lymphoma tuberculosum colli. Med. 1884. 18) Przerost gruczołu tarczowego. Med. 1884. 19) Lymphoma tuber. reg. pectoratis sin. Med. 1884. 20) Rana postrzałowa główki i trzonu kości ramieniowej. Med. 1884. 21) Zgorzel kości goleniowej, -- rozbicie kapsuli i wyjęcie sekwestru. Med. 1884. 22) Contractura Genu. Med. 1884. 23) Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego Ś-go Jana w Lublinie. Med. 1884. 24) Toż. Med. 1885. 25) Sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego szpit. Jana Bożego w Lub. za 1884 i 1885. (Protok. posiedz T. Lek. Lub. $1884^4/_5$-- $1885^5/_6$. 27) Capilloma linguae carcinomatosum. Med. 1885. 28) Abscessus perihepaticus. Med. 1885. 29) Zawrót kiszek od 15-u dni trwający. Med. 1885. 30) Przyczynek do operacyi nadłonowego cięcia pęcherza moczowego. Med. 1885. 31) Zranienie i przecięcie ścięgien mięśni zginaczy przedramienia. Med. 1885. 32) Mięsak goleni lewej. Med. 1885. 33) Gruźlica stawu barkowego i kości ramieniowej. Med. 1885. 34) Zgorzel samoistna stopy postępująca. Med. 1885. 35) Badania nad nowym sposobem leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w szpit. Ś-go Jana Bożego w Lublinie. Gaz. Lek. 1888. 36) Wycięcie 32-ch centymetrów kiszki cienkiej, zakończone wyzdrowieniem. Med. 1888. 37) Przypadek mięsaka lewej ślinianki podszczękowej. Kron. Lek. 1900. 38) Przypadek raka języka, Kron. Lek. 1900.

Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 18 Марта 1904 г.

Druk. S. Debskiego. w Łodzi.